REVUE DES JOURNAUX

CONCOURS MÉDICAL (Paris)

Prof. Gougerot. ***Le lichen plan muqueux bucco-lingual*** (*Concours Médical*, an. **58**, n° 44, 1er Novembre 1936, p. 3095). — 1° Le Professeur Gougerot reprend la description *des formes anciennes typiques linguales* du lichen plan (formes en réseau, formes en pain à cacheter, formes circinées rares) ; *à la joue* (formes réticulées et ponctuées).

2° *Il ajoute les formes typiques nouvelles* à l'aide d'observations récentes, en particulier celles de Milian et les siennes : formes exulcéreuses (Milian, Gaté), formes pointillées (Burnier, Eliaschef), formes carrelées (Lortat-Jacob), formes scléreuses atrophiques superficielles qui peuvent simuler la glossite spécifique (Burnier, Merklen), formes xérostomiques (Paul Blum, Bralez).

Le lichen nitidus semble exister à la muqueuse buccale, ressemblant à un lichen plan typique ou à des nodules atypiques blanc grisâtres (Arndt, Barber). A la biopsie, structure tuberculoïde (Variété de lichen plan (Civatte) tuberculide (Audry, Chatellier) ou lésion autonome ?)

3° *Des formes atypiques et invisibles peuvent se révéler :*

a) Uniquement au début par des troubles sensitifs, sensations de brûlures, névralgies. « Aussi devant toute névralgie bucco-linguale rebelle, doit-on discuter l'hypothèse d'un lichen et tenter le traitement d'épreuve du lichen. »

b) Ou par des pigmentations, le cas est plus fréquent au niveau de la peau qu'au niveau des muqueuses.

4° D'autres fois, *il existe un mélange de signes de lichen plan et* de leucoplasie, ce qui rend le diagnostic difficile.

5° *La pathogénie du lichen plan reste toujours obscure.* Un intérêt se porte sur le déclanchement du lichen par différents médicaments « depuis les arsénobenzènes jusqu'à l'émétine; mais avec une fréquence extraordinaire, *c'est l'or* qui le déclanche et pour des raisons inconnues plus fréquemment le lichen muqueux que cutané. Il est curieux de remarquer que l'arsenic et l'or qui peuvent le guérir déclenchent le lichen ».

Une révision des stomatites auriques s'impose que Gougerot et Burnier font de la manière suivante. Il existe :

a) Des stomatites associées aux érythroïdes auriques, véritables stomatites toxiques, exceptionnelles.

b) Des stomatites ulcéreuses, stomatites toxiques avec infection secondaire, comparables aux stomatites bismuthiques, mercurielles.

c) Des énanthèmes du type hydro-buccal (Gâté, Barral).

d) Des enduits nacrés, blanc bleuté. Milian a bien montré que même dans les formes diffuses et exulcéreuses, ces enduits nacrés sont à rattacher au lichen. Gougerot conclut : « les soi-disant « stomatites auriques » localisées et la plupart des « taches blanches » dites « stomatites nacrées post-auriques » ne sont que des lichens plans buccaux déclanchés par la chrysothérapie. La solution de ce problème est importante non seulement au point de vue nosologique, mais elle a un intérêt pratique, car si la stomatite aurique n'est pas aurique, elle ne doit pas contre-indiquer la continuation de la chrysothérapie, et si elle est lichénienne, elle indique la thérapeutique du lichen plan ».

6° *Les hypothèses étiologiques* concernant le lichen plan restent nombreuses : parasitaire (Brocq), syphilitique (Herxheimer), mycosique (Jausion), tuberculeuse (Milian), théorie humorale ? Il faut continuer à chercher.

7° *5 traitements ont été utilisés :* 1° arsenic (sous forme cacodylate [Ravant] acétylarsan [Audry], arsénobenzènes [Milian]) ; 2° or (Milian), 3° tuberculine (Burnier) ; 4° radiothérapie à distance (Zimmern et Cottenot, Pautrier ; 5° traitements locaux (eau de Saint-Christau).

C. Ruppe.

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

M. Saillant. ***Les aortites chroniques*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **109**, n° 90, 11 Novembre 1936, p. 1546-1547). — A côté de l'état de mal angineux et hyperalgique, des algies angoissantes d'effort et des algies de décubitus, il existe toute une série d'oppressions douloureuses chez les cardiaques, les aortiques, les urémiques, dont la thérapeutique est bien souvent décevante. Ce sont des sujets entre 45 et 60 ans, présentant des phénomènes douloureux de types variés : palpitations douloureuses, douleurs rétro-sternales avec irradiation vers le bras gauche, l'épigastre, constrictions laryngées, etc... Les douleurs surviennent par accès et s'accompagnent de crises oppressives. Ces malades se présentent parfois avec des troubles respiratoires sous forme d'accès de toux et de dyspnée, dyspnée d'effort ou asthmatiforme.

Chez ces malades, l'aminophylline permet de réaliser la prophylaxie des crises angineuses ou oppressives. Au cours des crises elles-mêmes S. a obtenu souvent un résultat rapide et prolongé ; après la crise, l'aminophylline a parfois permis de compléter l'effet de la digitaline et de l'ouabaïne et a prolongé leur action.

Les doses prescrites ont été de 0 gr. 40 à 0 gr. 80 par jour, mais il y a intérêt à chercher la dose minima agissante et à poursuivre longtemps la médication. On peut administrer l'aminophylline en gouttes ou en lavement.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

H. Roger et **J. Paillas** (Marseille). ***Les complications encéphaliques de la maladie sérique*** (*Paris Médical*, t. **26**, n° 40, 3 Octobre 1936, p. 230-236). — Les manifestations nerveuses de la maladie du sérum sont en général passagères. Mais il existe des complications nerveuses plus graves que l'on peut grouper en trois catégories : les paralysies des nerfs craniens, les accidents cérébraux au cours d'une atteinte nerveuse généralisée, les manifestations encéphaliques isolées.

Les paralysies isolées des nerfs craniens sont rares. On peut se demander si, dans les cas publiés, il s'agit bien d'accidents encéphaliques ou d'une localisation périphérique. Il n'existe pas plus d'une dizaine d'observations d'atteinte isolée des nerfs craniens. On a rapporté 2 cas de névrite optique, 2 cas de paralysie du nerf moteur oculaire commun avec une fois paralysie de l'accommodation ; une paralysie faciale de type périphérique. Un certain nombre de paralysies de la dixième paire ou du pneumo-spinal ont été rapportées à une origine sérique avec plus ou moins de vraisemblance. Enfin, on a publié quelques cas de paralysie du muscle du larynx.

Les observations de manifestations encéphaliques au cours des formes nerveuses généralisées de la maladie sérique se comptent.

Parfois, la détermination nerveuse encéphalique est prédominante ou exclusive : Hémiplégie post-sérothérapique, mouvements choréiformes, troubles cérébelleux et surtout manifestations psychiques. L'instabilité et l'irritabilité psychique sont fréquentes au cours de la maladie du sérum. Dans les formes graves, on a signalé le délire confus ou systématisé. A côté de ces états psychiques transitoires et mal caractérisés, on a rapporté quelques observations de psychopathie plus systématisée.

Il est probable que le processus qui préside à la constitution des complications encéphaliques, médullaires, radiculo-névritiques ou méningées, au cours de la maladie sérique, ne diffère pas de celui qui est à l'origine des manifestations cutanéo-muqueuses ou articulaires banales. L'urticaire cutanée, bien souvent associée à la détermination nerveuse, trouve sa correspondance profonde viscérale dans une urticaire des gaines méningées ou des espaces interfasciculaires des troncs nerveux. Les paralysies périphériques ne sauraient être séparées, à ce point de vue, des autres manifestations de la maladie sérique.

Robert Clément.

M. Pêhu. ***Sur le pneumothorax du nouveau-né*** (*Paris Médical*, t. **26**, n° 45, 7 Novembre 1936, p. 335-340). — A la naissance même et dans les trois à quatre semaines qui suivent, un pneumothorax peut se constituer. Des observations récentes montrent qu'il n'est pas si rare qu'on aurait pu le croire.

La symptomatologie est assez pauvre : dyspnée et cyanose plus ou moins intenses. Les signes physiques peuvent être caractérisés, mais on ne les recherche pas toujours avec la minutie nécessaire. L'examen radiologique a une très grosse importance et permet de faire facilement le diagnostic.

L'évolution varie suivant les cas et la cause. Si la terminaison fatale peu d'heures après la naissance est fréquente, le pneumothorax peut persister plus longtemps, trois mois dans un cas.

Les causes sont diverses. Les facteurs mécaniques ou traumatiques, comme une fracture de la clavicule ou d'une ou plusieurs côtes d'origine obstétricale, déchirant la plèvre costale, ou comme les manœuvres diverses destinées à établir mécaniquement la respiration, sont les plus fréquents. On invoque aussi les troubles causés par une lésion de l'encéphale, certaines altérations anatomiques du poumon, comme de petits foyers de pneumonie lobulaire ou l'atélectasie pulmonaire. Il faut encore signaler les anomalies des voies aériennes, les malformations cardiaques, etc...

Le pronostic est basé sur l'évaluation de chaque élément constituant la maladie.

La thérapeutique ne diffère en rien de la thérapeutique classique. La ponction paraît plus nuisible qu'utile.

Robert Clément.

M. Lelong. ***Remarques sur le traitement par l'insuline des vomissements périodiques avec acétonémie*** (*Paris Médical*, t. **26**, n° 45, 7 Novembre 1936, p. 341-343). — Les recherches modernes ont mis en valeur dans les vomissements périodiques, à côté de l'acidocétose, une hypoglycémie initiale. Quand la crise se prolonge, la glycémie a tendance à remonter pour aboutir à une hyperglycémie secondaire.

Ces notions bio-physiologiques permettent de déterminer les indications de l'insuline dans l'acétonémie infantile.

L'insuline n'est indiquée que dans les formes prolongées. On peut l'essayer toutes les fois qu'il est indiqué d'améliorer la tolérance hydro-carbonée et

de remonter le malade. Même dans ces cas, ce n'est qu'une médication d'appoint, le traitement essentiel reste l'administration des hydrates de carbone, l'alcalinisation et éventuellement la rechloruration.

Il y a des contre-indications formelles à l'emploi de l'insuline dans les vomissements périodiques : ce sont les formes légères à évolution favorable et spontanée. Même dans les formes prolongées, il ne faut pas recourir à l'insuline dès le début de la crise, il faut attendre la fin de la phase hypoglycémique initiale. Dans les formes prolongées, on a le temps, donc le devoir, de recourir au dosage de la glycémie, avant de fixer les doses d'insuline à injecter.

L'emploi intempestif de l'insuline peut provoquer des accidents d'hypoglycémie.

L'évolution variable des vomissements périodiques permet difficilement de se faire une opinion sur les résultats de ce traitement.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE MEDECINE
(Paris)

Robert Poinso et **Alex Lumbroso** (Marseille). ***Les ulcérations buccales au cours de la fièvre typhoïde (en dehors du noma)*** [*Annales de Médecine*, t. 40, n° 1, Juin 1936, p. 48-68]. — P. et L. en décrivent 3 types :

1° Les ulcérations des piliers antérieurs du voile, décrites par Bouveret et Duguet, apparaissent au cours du 2e septenaire, restent superficielles et disparaissent au bout de 8 à 10 jours. De grande valeur diagnostique, elles sont peut-être liées à l'atteinte ulcérative des follicules clos aberrants situés dans la muqueuse des piliers. Certains auteurs ont pensé qu'elles reflétaient l'état de la muqueuse intestinale et pouvaient de ce fait faire redouter l'ulcération des follicules de l'iléon et ses complications, mais cette opinion n'a pas été confirmée.

2° Les ulcérations de Devic, dont P. et L. relatent 5 observations, atteignent surtout la langue (pointe, bords, dos), parfois les sillons gingivo-labiaux, parfois enfin les piliers du voile et le voile membraneux lui-même. Elles diffèrent des précédentes par leur date d'apparition plus tardive (après le 15e jour en général), par leurs dimensions plus grandes, par leur profondeur, par leur lenteur à se cicatriser, la réparation totale n'étant souvent obtenue qu'à la fin de la période fébrile et parfois même seulement dans la convalescence. Contrairement au 1er type, ce n'est pas l'état septicémique qui est en cause ici ; ce ne sont pas des formations lymphoïdes, jamais retrouvées sur les coupes, qui sont le siège de ces processus ulcéreux. Il est plus logique d'invoquer des conditions locales, déshydratation, pressions mécaniques exercées par les dents, par exemple, sur la langue, peut-être infections secondaires sur des tissus à trophicité altérée (ulcères trophiques de Bonnin et André). La signification pronostique est variable : il convient de retenir dans un sens défavorable soit l'absence totale de cicatrisation, l'organisme ne pouvant en faire les frais, soit la rechute locale de ces ulcérations, de nouvelles pertes de substance apparaissant au voisinage des anciennes, soit enfin l'extension en surface et en profondeur des éléments initiaux. Deux des malades de P. et L. sont morts de perforation intestinale au moment même où apparaissaient de nouvelles abrasions muqueuses.

3° Les ulcérations laryngo-pharyngées de Louis surviennent à la période terminale d'une fièvre sévère, au cours de laquelle il n'est pas rare de voir des ulcérations cutanées, vulvaires ou ovales, qui sont à rapprocher de certaines manifestations gangréneuses sur lesquelles on a récemment insisté. Manifestations ultimes et dramatiques (laryngo-typhus), elles semblent dues à une infection secondaire, parfois anaérobie.

L. RIVET.

E. Rist et **A. Strohl**. ***Le prétendu vide pleural est-il une grandeur bien définie et mesurable?*** (*Annales de Médecine*, t. 40, n° 2, Juillet 1936, p. 81-93). — R. et S. exposent le problème qui se pose dans un corps de pompe muni de deux pistons rigoureusement en contact. En physiologie respiratoire, la notion de pression endo-pleurale correspond à quelque chose de bien défini, même en l'absence de toute cavité, du fait de l'accolement des parois : c'est une pression de contact entre deux surfaces solides tapissées de sérosité. Cette pression a pour valeur la différence entre la pression atmosphérique et la somme des forces de traction centrifuges. Tant que les plèvres sont au contact, la pression endo-pleurale est toujours supérieure à la somme des tensions des gaz des tissus. Mais elle entre en jeu pour rétablir l'accolement des plèvres quand celui-ci est détruit par un pneumothorax, au moyen du mécanisme de la résorption des gaz introduits. La pression endo-pleurale reprend sa valeur primitive dès que le contact est de nouveau assuré.

R. et S. étudient ensuite les problèmes qui consistent à savoir si la pression endo-pleurale ainsi définie est physiquement accessible ; si c'est bien elle qu'on mesure en introduisant dans la plèvre un trocart en relation avec un manomètre ; dans quelles conditions on doit se placer pour en obtenir une évaluation qui soit la plus rapprochée possible. Les mesures de la pression endo-pleurale effectuées par les procédés utilisés à l'hôpital en fournissent une valeur approchée à moins d'un dixième, ce qui est pratiquement suffisant pour les besoins de la clinique.

L. RIVET.

Charles Trocmé (Seyssuel, Isère). ***Essai sur les scléroses pulmonaires tuberculeuses*** (*Annales de Médecine*, t. 40, n° 2, Juillet 1936, p. 106-132). — Un certain reclassement paraît nécessaire parmi les scléroses pulmonaires, pour édifier une doctrine nouvelle, plus sûre, plus complète et plus satisfaisante que la théorie inflammatoire dont nous nous contentions jusqu'ici.

Les *scléroses tuberculeuses d'origine inflammatoire* répondent au type classique et garderont encore sans doute la première place, avec leurs deux grands types : scléroses inflammatoires péritubereuleuses et scléroses inflammatoires résiduelles.

Les *scléroses d'origine atélectasique* sont importantes. C'est à l'atélectasie qu'il convient de rattacher les scléroses massives rétractées, denses, décrites sous le nom de pneumonies ardoisées, les fibrothorax rétractiles, où la rétraction entraîne plus encore de dilatations bronchiques, de tiraillements, de remaniements fibreux ou fibro-caséeux de toutes sortes. Dans les cicatrices de cavernes, la formation fibreuse n'est venue qu'achever et sceller la guérison obtenue par l'atélectasie.

A côté de l'inflammation et de l'atélectasie, peuvent intervenir d'autres facteurs, mécaniques en particulier, par exemple toutes les sortes de tiraillements de la plèvre ou du parenchyme. Vraisemblablement d'ailleurs très souvent les facteurs inflammatoires et mécaniques sont-ils intimement associés. Clinique, radiologie et anatomie pathologique doivent s'associer pour résoudre le problème.

L. RIVET.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

R. S. Mach et **F. Sciclounoff** (Genève). ***Le traitement des hypochlorémies et la rechloruration pré-opératoire*** (*Journal de Chirurgie*, t. 48, n° 3, Septembre 1936, p. 342-351). — La rechloruration pré-opératoire est un devoir d'autant plus nécessaire à remplir que l'hypochlorémie constatée doit subir un accroissement déterminé par l'acte opératoire pratiqué ; mais l'accomplissement de ce devoir n'est pas aisé et M. et S. rappellent notre impuissance actuelle à évaluer l'importance de la déchloruration, notre ignorance de la dose de sel à administrer et de l'effet obtenu sur la chlorémie, sur le taux de chlore tissulaire, sur la fonction rénale et le pouvoir de concentration.

C'est donc d'un point de vue pratique que M. et S. ont étudié :

1° *Les variations de la chlorémie dans les minutes qui suivent l'injection intra-veineuse de solution salée.*

L'injection intra-veineuse de 8 gr. de NaCl en solution à 20 pour 100 élève le taux du chlore à 0 gr. 50 p. 100 dans la minute qui suit l'injection pour redescendre tout de suite après, avec retour à la normale vers la soixantième minute. La même injection, chez 7 malades hypochlorémiques, a donné une courbe semblable, se développant naturellement à un niveau inférieur, mais avec une ascension un peu plus forte, à 0 gr. 60 p. 100, dans la minute qui suit l'injection.

L'hydrémie est insuffisante à expliquer l'abaissement de l'hyperchlorémie momentanément provoquée, de même l'élimination du NaCl par les urines, la bile et le suc gastrique qui est faible, aussi M. et S. ont-ils été amenés à conclure de travaux antérieurs que le sel injecté est fixé par les tissus.

2° *Variations de la chlorémie dans les jours qui suivent l'injection quotidienne de solutions salées.*

Cette action éphémère d'une unique injection de 8 gr. de NaCl chez un sujet normal ou hypochlorémique a amené M. et S. à étudier l'effet des mêmes injections, ou d'injections plus fortes (12 gr.), quotidiennement répétées, chez des malades hypochlorémiques dont 4 observations sont rapportées. Chez eux le bilan chloré fut établi en tenant compte des doses absorbées et des quantités rejetées par les vomissements et les urines, l'élimination rénale étant presque nulle.

Le retour, selon un rythme en échelon, à la chlorémie normale a nécessité une série de 10, 12 injections, l'élévation quotidienne n'étant que de quelques centigrammes et le sel étant d'abord retenu dans les tissus.

La conséquence pratique de ces recherches, c'est qu'une rechloruration pré-opératoire ne peut être immédiate et nécessite une série d'injections salées intraveineuses lentes, quotidiennes. L'appréciation du résultat obtenu ne pouvant se faire d'après le rapport

$$\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$$

pour des raisons techniques (Decker) le dosage portera sur le chlore plasmatique, ou, à son défaut, sur le chlore urinaire, qui, chez les hypochlorémiques, ne peut dépasser son taux normal qu'après que le taux normal du chlore sanguin a été préalablement rétabli.

M. et S. recommandent enfin d'être prudent, lors des dernières injections, pour éviter la rétention tissulaire avant que la chlorémie ne soit revenue à sa valeur normale.

P. GRISEL.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE
(Paris)

L.-A. Tscherkes (Odessa). ***Sur un nouveau groupe de constituants alimentaires (alitoxines) et sur les processus pathologiques qui leur correspondent*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, t. 34, n° 3, Septembre 1936, p. 808-814). — Malgré un régime alimentaire complet, l'introduction dans la nourriture de certains produits alimentaires, en présence de toutes les vitamines connues, peut déclencher des états pathologiques caractéristiques rappelant les avitaminoses. Il en est ainsi, en particulier, de certaines céréales

(maïs, riz, millet, froment, sarrasin) qui, données en quantité prédominante, provoquent chez la souris des altérations de la peau (ulcérations, nécroses, momification, ecchymoses, etc.) et du système nerveux exceptionnellement, chez le lapin des manifestations nerveuses (paralysies, convulsions). D'autres aliments (fèves, chou, etc.) peuvent engendrer des accidents analogues. Pour T. il s'agit là de toxicoses spécifiques (alitoxicoses) dues à la présence de toxines alimentaires (alitoxines). Si la nature de certaines de ces alitoxines est connue depuis longtemps (par exemple le glycoside de la fève), celle de beaucoup demeure ignorée. Cependant quelques propriétés des alitoxines commencent à être établies.

Certaines vitamines jouent un rôle désintoxicant à l'égard de diverses alitoxines (blanc d'œuf).

De nombreuses raisons font croire que l'agent alitoxique est intimement lié aux albumines des aliments et qu'il peut être toxique non seulement pour l'organisme animal, mais aussi pour les organismes végétaux.

La difficulté des problèmes en question réside dans le fait qu'il faut éviter de prendre les phénomènes d'insuffisance vitaminique pour des suites de l'action des alitoxicoses, les deux phénomènes étant intimement intriqués.

P.-L. Marie.

C. Veil. ***Sur le mécanisme du changement de couleur chez les poissons*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, t. **34**, n° 3, Septembre 1936, p. 824-840). — Dans la première partie de ce travail V. a cherché à savoir si les nerfs pigmento-moteurs du poisson agissent par sécrétion d'un médiateur chimique de nature adrénalinique provoquant la contraction des cellules pigmentaires dilatées.

Etudiant l'action de l'adrénaline sur le mélanophore de l'écaille fraîchement détachée, elle a vu que l'adrénaline agit même à dose minime suivant la loi du tout ou rien, provoquant, quand elle agit, la contraction totale de la cellule pigmentaire. Cette dernière excitée par l'intermédiaire de ses nerfs peut prendre tous les degrés de contraction. V. soumet à la critique cette constatation qui est la négation de la théorie neuro-humorale que d'autres résultats viennent au contraire étayer.

D'autre part, la cellule pigmentaire énervée de la nageoire caudale du poisson se montre inexcitable au courant électrique, mais reste sensible aux excitants chimiques. Elle prend ainsi les caractéristiques de la cellule pigmentaire de crevette dépourvue naturellement de terminaisons nerveuses et soumise uniquement au contrôle humoral. V. en déduit que l'excitation des mélanophores de l'écaille fraîchement détachée se fait par l'intermédiaire des nerfs et que ceux-ci sécrètent un médiateur chimique.

L'ergotamine, poison sympatholytique, inverse l'action de l'adrénaline. Par elle-même, elle contracte après une phase de dilatation la cellule pigmentaire de l'écaille détachée. L'adrénaline qui normalement contracte la cellule pigmentaire, dilate la cellule contractée par l'ergotamine. Le courant tétanisant d'une bobine d'induction ne provoque jamais la dilatation des cellules pigmentaires contractées par de l'eau de source ou un poison contracturant tel que K., Ba, adrénaline, mais il provoque la dilatation des cellules contractées par l'ergotamine. V. en déduit que les nerfs pigmento-moteurs agissent par sécrétion d'un médiateur chimique de nature adrénalinique.

Dans la seconde partie de ce travail V. examine si la dilatation des cellules pigmentaires préalablement contractées résulte simplement de la disparition des facteurs responsables de la contraction. Certains auteurs croient à l'existence de fibres pigmento-motrices à action dilatante et sont donc partisans de la double innervation. Des expériences récentes, montrant le rôle important de l'hypophyse dans les changements de couleur chez le poisson, font au contraire supposer qu'il existe un antagonisme entre les nerfs pigmento-moteurs sécrétant le médiateur chimique à action contracturante et l'hypophyse sécrétant une hormone à action dilatante.

Du sang de téléostéens rendus aveugles par énucléation des yeux, injecté à des poissons clairs, les fait foncer. V. émet deux hypothèses permettant toutes les deux d'interpréter ce résultat expérimental. Par énucléation des yeux, on fait disparaître les réflexes à point de départ oculaire commandant la sécrétion des nerfs pigmento-moteurs. La substance neuro-humorale exerce une action locale sur la cellule pigmentaire et doit diffuser aussi dans le sang contenu dans le riche réseau capillaire tapissant la surface du corps du poisson. Le sang d'animaux aveugles ne contient donc plus que l'hormone hypophysaire dont on connaît l'action dilatante sur les cellules pigmentaires. Mais il y a lieu d'envisager aussi une action directe des yeux sur l'hypophyse et sur sa fonction.

Quelques expériences de V. suggèrent que le mécanisme des changements de couleur doit être différent chez les téléostéens et chez les sélaciens.

P.-L. Marie.

REVUE D'IMMUNOLOGIE (Paris)

G. Ramon. ***Les vaccinations associées. Etude théorique. Résultats d'ensemble. Indications pratiques*** (*Revue d'immunologie*, t. **2**, n° 5, Septembre 1936, p. 415-436). — L'étude expérimentale des vaccinations associées a fourni la preuve qu'il est parfaitement possible d'obtenir une immunisation multivalente. L'addition aux antigènes de substances même non spécifiques augmente beaucoup leur activité dans l'organisme et si on mélange à du vaccin TAB une anatoxine, tétanique par exemple, on voit apparaître des antitoxines tétaniques et des agglutinines typhiques et paratyphiques en quantités supérieures à celles obtenues si les deux vaccinations ont été faites séparément. Les résultats sont les mêmes avec les anatoxines diphtérique, staphylococcique, seules ou associées. Ces bases expérimentales ont trouvé leur large confirmation dans les applications faites à l'homme. Le bénéfice que celui-ci peut tirer d'une méthode qui permet de l'immuniser contre plusieurs maladies sans plus de difficultés et plus solidement que contre une seule d'entre elles est évident. Du point de vue théorique aussi l'intérêt de ces recherches est très grand. La théorie de la « concurrence des antigènes » émise par l'école allemande, d'après laquelle l'organisme ne peut faire les frais de plusieurs immunisations artificielles simultanées, ne peut plus être maintenue et bien au contraire on doit lui substituer celle de la « synergie des antigènes ».

J. Bretey.

E. Sacquepée, M. Pilod et **A. Jude.** ***L'immunisation antidiphtérique chez l'adulte au cours des vaccinations associées triples antidiphtérique, antitétanique et antitypho-paratyphique*** (*Revue d'Immunologie*, t. **2**, n° 5, Septembre 1936, p. 437-449). — Ce travail expose les résultats fournis par l'étude de 418 sujets qui ont reçu des vaccins associés. Huit jours après la dernière injection 99,58 % d'entre eux sont immunisés contre la diphtérie. On rencontre, heureusement d'une façon exceptionnelle (0,42 0/0), des « sujets inertes » qui ne réagissent pas à la dose habituelle d'unités antitoxiques injectées. Parmi les vaccinés, 10 p. 100 environ redeviennent réceptifs vers le dixième mois et bénéficieraient à ce moment d'une injection de rappel. Les indigènes de l'Afrique du Nord sont très rarement atteints de diphtérie. Cette résistance est attribuée à une immunité naturelle. La vaccination triple déclenche chez eux la production d'anticorps en nombre beaucoup plus élevé que chez les sujets de la métropole, jouant donc le rôle d'injections successives de rappel.

J. Bretey.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

R. Dehouck. ***Plaie minuscule du cuir chevelu avec importante lésion cranienne et cérébrale*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, t. **54**, n° 39, 27 Septembre 1936, p. 292-293). — Une petite fille de 3 ans et demi ayant été blessée à la tête par une poignée de frein d'un vélo-moteur ne présentait qu'une très petite plaie du cuir chevelu de quelques millimètres dans la région pariétale, sans aucun état de choc; mais le lendemain, le pansement et une partie de l'oreiller étaient mouillés et on s'aperçut qu'il sortait de la plaie du liquide céphalorachidien. L'intervention aussitôt décidée montre une fracture avec enfoncement et une petite esquille osseuse enfoncée dans le cerveau. Les suites opératoires ont été excellentes.

La morale qu'on peut tirer de ce fait est qu'il est absolument nécessaire de se rendre compte minutieusement de l'état de la boîte osseuse dans tous les traumatismes ouverts du crâne, même si la plaie du cuir chevelu est minime et s'il n'y a aucun signe d'atteinte nerveuse.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Dumas. ***Cardiopathies d'origine périphérique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **17**, n° 401, 20 Septembre 1936, p. 607-614). — Par cardiopathies d'origine périphérique, D. entend « des troubles cardiaques motivés par des réactions de compensation dues elles-mêmes à des perturbations de la circulation périphérique ». Ces troubles cardiaques secondaires peuvent ne pas rester de type simplement fonctionnel, mais évoluer vers l'insuffisance cardiaque et aboutir à l'hypertrophie du cœur. Il élimine le syndrome cardio-rénal de l'hypertension artérielle et les accidents cardiaques d'origine névrosique.

Les troubles circulatoires périphériques susceptibles de retentir sur le fonctionnement cardiaque sont multiples et de types différents. Ce sont d'abord les états comportant des pertes de tension : les états de laxité artérielle, tels qu'on les observe au cours des chocs, certaines insuffisances glandulaires ; les syndromes d'hypertrophie cardiaque de croissance ; des troubles observés au cours des anévrismes artério-veineux. Ce sont ensuite les états comportant des pertes sanguines : laxité artérielle par déplétion vasculaire au cours d'hémorragies importantes ou répétées. Ce sont enfin les états anémiques et ceux comportant des déperditions séreuses.

Les troubles cardiaques vont de la simple dilatation à l'hypertrophie, comportant en général de la tachycardie, un bruit de galop, des souffles anorganiques ou fonctionnels, accompagnés de palpitations, de dyspnée, de douleurs d'intensité variable.

Cette conception du retentissement sur le cœur de troubles circulatoires périphériques a un intérêt thérapeutique. Ce n'est pas la médication cardiaque qui sera susceptible d'enrayer les troubles, mais le traitement de l'affection en cause. En présence d'un pareil syndrome, il faut discuter le mécanisme pathogène pour mettre en œuvre une thérapeutique judicieuse: traitement de l'atonie artérielle par la strychnine ou l'adrénaline, de l'anémie et des pertes sanguines par injection de sérum ou transfusions, etc...

Robert Clément.

J. Rebattu et **P.-L. Mounier-Kuhn.** ***La paralysie des dilatateurs de la glotte*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **17**, n° 402, 5 Octobre 1936, p. 625-639). — La paralysie des dilatateurs de la

INSULINE FORNET

PILULES POMMADE

LABORATOIRES THAIDELMO

11, Chaussée de la Muette, PARIS (16ᴱ) -:- Téléphone : AUTEUIL 21-69



LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

DIGILANIDE

Totum digitalique cristallisé du Digitalis lanata

Indications : TOUTES LES INSUFFISANCES CARDIAQUES

SOLUTION (voie gastrique) : Doses fortes, doses moyennes, doses faibles et prolongées (voir prospectus).
Doses moyennes : 1/2 c.c. ou XX gouttes 3 fois par jour, pendant 8 à 10 jours consécutifs.
SUPPOSITOIRES : 1 à 2 par jour.
AMPOULES : Voie veineuse : Une injection de 4 c. c, par jour pendant 2 à 3 jours. Voie intramusculaire : 1 ampoule de 2 c. c. une à deux fois par jour.
DRAGÉES : 1, trois fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, Rue Vernier, PARIS (XVIIᵉ) — B. JOYEUX, Docteur en Pharmacie.

glotte constitue un syndrome autonome caractérisé par une dyspnée intense avec tirage et cornage sur laquelle se greffent de véritables crises d'asphyxie et la conservation de la voie pure et sonore. L'examen local montre la paralysie des cordes vocales en position paramédiane avec conservation des mouvements d'adduction.

Décrite d'abord chez les tabétiques, la paralysie des dilatateurs s'observe souvent dans la syphilis en dehors du tabes. L'étiologie est prouvée par les antécédents, les stigmates syphilitiques, le B.-W. dans le sang et l'examen sérologique, cytologique et chimique du liquide C.R. ainsi que par l'efficacité du traitement spécifique.

Toutefois, ce syndrome peut se voir en dehors de la syphilis, notamment dans la fièvre typhoïde, la diphtérie, la syringobulbie, les encéphalites et les infections à virus neurotrope mal connu. On a encore incriminé la grippe, le paludisme et les intoxications diverses ; parfois la cause reste indéterminée.

Deux autopsies ont permis de mettre en évidence dans un cas des lésions inflammatoires récentes d'origine vasculaire, intéressant les fibres radiculaires à leur émergence des noyaux, dans leur trajet intrabulbaire ; dans l'autre cas, des lésions de sclérose névroglique intéressant les noyaux ambigus eux-mêmes.

Il existe des paralysies des dilatateurs de la glotte, relevant de lésions périphériques réalisées soit par une section des deux nerfs récurrents, soit par leur compression par un cancer de la partie supérieure de l'œsophage, plus rarement par un goitre, une adénopathie, une tumeur médiastinale, une ectasie vasculaire. Pour expliquer ces paralysies d'origine périphérique, il faut admettre soit des associations de paralysies et de contractures, soit des anomalies de distribution nerveuse.

Les paralysies périphériques sont tout à fait exceptionnelles et, en règle générale, le syndrome relève de lésions nucléo-bulbaire ou radiculaire d'origine syphilitique.

Robert Clément.

J. Chalier et **Camelin.** ***Doit-on utiliser la sérothérapie sous-arachnoïdienne dans le traitement du tétanos ? (Considérations sur la curabilité du tétanos d'après une statistique hospitalière)*** [*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **17**, n° 402, 5 Octobre 1936, p. 643-652]. — Sur 105 malades atteints de tétanos, 39 ont guéri (soit 37,14 pour 100 de succès). Trois malades sont morts de manifestations pulmonaires, un a présenté des accidents sériques mortels. Quatorze décès sont survenus dans les 24 premières heures du séjour à l'hôpital.

La sérothérapie antitétanique a une valeur curative, mais il faut agir vite, avant que la toxine ne soit fixée sur les cellules nerveuses. L'introduction intrarachidienne du sérum considérée comme plus rapide et plus sûre n'est pas conseillée par C. et C. Ils estiment qu'il n'y a pas de toxine tétanique dans le liquide C.R. ; que ce liquide entoure l'axe encéphalo-médullaire sans communiquer directement avec lui ; que les substances injectées dans les espaces sous-arachnoïdiens entrent en rapport avec les cellules nerveuses par la voie détournée de la circulation sanguine. Ces données ne sont pas en faveur de la sérothérapie par voie rachidienne.

L'anesthésie, souvent difficile à rendre complète, n'est pas sans danger et manque son but qui serait de déplacer la toxine fixée sur les cellules nerveuses : l'anesthésique est surtout fixé sur les lipoïdes, tandis que la toxine tétanique l'est surtout par les substances protéiques.

Ils préconisent des doses quotidiennes massives intra-veineuses, intra-musculaires, sous-cutanées, péri-nerveuses de sérum, une action chirurgicale judicieusement conduite et une administration de chloral.

Robert Clément.

Paul Courmont. ***Rôle de la sérologie dans le diagnostic des tuberculoses de primo-infection*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **17**, n° 403, 20 Octobre 1936, p. 657-660). — 3 réactions sérologiques peuvent être d'un secours précieux pour savoir si une tuberculose qui se manifeste est une première infection ou évolue sur un terrain déjà tuberculisé. Ce sont la séro-agglutination, c'est-à-dire l'agglutination du bacille de Koch, par l'action du sérum des malades sur les cultures liquides homogènes de bacille ; la déviation du complément se pratique avec l'antigène de Besredka, avec la technique plus ou moins modifiée de Calmette-Massol : le pouvoir bactéricide du sérum. Cette dernière réaction se comporte à peu près comme la déviation du complément ; elle présente une cause d'erreur : les injections de sels d'or qui donnent au sérum et à l'urine un pouvoir bactéricide constant et assez durable.

Chacune de ces réactions a sa valeur propre, mais celle-ci augmente lorsqu'elle coïncide avec les autres.

Lorsque les trois réactions sérologiques sont ensemble négatives, il est à peu près certain que le sujet n'a pas été infecté de tuberculose et ne l'a pas été récemment. Chez l'adolescent et surtout chez l'enfant, toute évolution ultérieure de cette maladie devra être considérée comme une infection primitive, évoluant sur un terrain vierge non tuberculisé. A partir de ce moment, les réactions deviendront positives soit toutes ensemble, soit successivement et à des degrés variables.

Lorsque les trois réactions sont positives, même chez un sujet paraissant indemne de tuberculose, elles sont la preuve d'une tuberculisation antérieure, plus ou moins latente, plus ou moins récente. Chez un tel sujet, une évolution ultérieure de tuberculose ne devra pas être considérée comme une première infection, mais comme la suite d'une infection antérieure ou d'une réinfection.

Pour savoir si les membres d'une collectivité sont ou ne sont pas entachés de tuberculose à un moment donné de leur évolution, pour connaître si une tuberculose évolue sur un terrain vierge ou sur un terrain déjà tuberculisé, la sérologie bien conduite apporte des éléments importants.

Robert Clément.

P. Courmont et **H. Gardère.** ***Valeur pronostique du pouvoir bactéricide du sérum sanguin dans la tuberculose pulmonaire. Nouvelles statistiques*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **17**, n° 403, 20 Octobre 1936, p. 663-666). — La recherche des anticorps dans le sérum des tuberculeux peut fournir des éléments de pronostic. Pour cela, C. et G. utilisent la recherche du pouvoir bactéricide *in vitro* du sérum. La réaction comporte 4 tubes et un tube témoin. Selon qu'elle est positive dans les quatre tubes ou une partie de ceux-ci, le résultat est exprimé par les chiffres : + 1, + 2, + 8, ou zéro. Chez l'homme indemne de toute lésion tuberculeuse en activité, le pouvoir bactéricide du sérum est de + 2. Chez le tuberculeux, il peut s'élever à + 4 et même + 8. Mais certains tuberculeux ont un P.B.S. qui demeure à + 2 ou tombe même à + 1. La recherche doit être pratiquée avant toute chrysothérapie, ou plusieurs mois après, car une seule injection de sels d'or suffit à déterminer un P. B. S. élevé.

Une statistique de 1929 montrait les résultats de cette épreuve chez 37 tuberculeux ; 40 nouveaux cas sont ajoutés ici. Le résultat des deux statistiques est concordant. Sur les 77 cas, la mortalité en 3 ans a été de 50 % chez les sujets à P.B.S. nul ou faible (+ 2 et au-dessous) et seulement 13,3 0/0 lorsqu'il est élevé. (+ 4 et au-dessus).

L'élévation du pouvoir bactéricide du sang chez les tuberculeux est donc une indication pronostique, c'est un signe de résistance des malades à l'infection.

L'élévation du pouvoir bactéricide du sérum à l'égard du bacille de Koch n'est pas seulement un symptôme de l'infection tuberculeuse, c'est un témoin et un facteur de la résistance de l'organisme à l'infection bacillaire.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

M. Schachter (Bucarest). ***L'avenir éloigné d'un enfant avec une première dentition précoce*** (*Lyon-Médical*, t. **158**, n° 40, 4 Octobre 1936, p. 367-369). — Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans présentant tous les caractères d'une forte arriération mentale. Comme « vers quatre semaines, elle avait les symptômes caractéristiques de l'éruption dentaire et à 8 semaines elle avait déjà les deux incisives inférieures » et à quatre mois, 6 incisives et 2 molaires, S. se demande si la dentition précoce n'est pas un stigmate de dégénérescence cérébrale.

Cependant des hommes illustres(Guillaume le Conquérant, Louis XIV, Napoléon, Mirabeau, Broca) ont eu une dentition précoce. Et jusqu'à présent, aucun document sur le cerveau des enfants dont les dents sont apparues de bonne heure ne permet de dire si la dentition précoce peut être considérée comme un stigmate de constitution inférieure du cerveau.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

H. Bernhardt. ***Action de l'hormone surrénale et de la vitamine sur l'hypotonie circulatoire diphtérique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 28, 10 Juillet 1936, p. 1123-1125). — Les troubles circulatoires graves de la diphtérie maligne subissent peu l'influence de la sérothérapie. Nombre de médications tonicardiaques sont également inefficaces et même parfois dangereuses. Les recherches récentes électro-cardiographiques ont mis en évidence l'importance des lésions profondes cardiaques proprement dites dans le syndrome circulatoire. L'image clinique de la diphtérie maligne rappelle cependant l'aspect de certaines insuffisances surrénales graves. Ces considérations ont amené B. à traiter ses malades par injections intra-veineuses biquotidiennes d'une association médicamenteuse d'extrait surrénal et de vitamine C. Employée précocement et à doses élevées, cette thérapeutique a paru efficace dans quelques formes graves de diphtérie maligne et il se fait intéressant de l'expérimenter aussi dans d'autres infections sévères.

G. Dreyfus-Sée.

F. Lapp et **H. Dibold.** ***Thrombose et embolies au cours du régime déchloruré*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 30, 24 Juillet 1936, p. 1206-1209). — L'utilisation abusive du régime déchloruré n'est pas sans inconvénients et pourrait donner lieu, quoique assez rarement, à des accidents sérieux. C'est ainsi que L. et D. ont pu observer 6 accidents sur 4.500 sujets soumis à ce régime ; chez tous les autres malades atteints d'affections circulatoires vasculaires ou hépatiques aucun trouble n'a été observé ; ces six observations ne doivent donc nullement restreindre l'utilisation judicieuse de cette thérapeutique dont les bons résultats sont connus depuis longtemps. Cependant les six malades signalés par L. et D. ont présenté des embolies et des thromboses post-opératoires que les auteurs croient pouvoir attribuer au régime très déchloruré suivi par ces sujets. Quelques essais expérimentaux paraissent confirmer cette hypothèse.

G. Dreyfus-Sée.

Wendt. ***Hypercholestérinémie et vitamine A*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 30, 24 Juillet 1936, p. 1213-1215). — Après admi-

nistration de doses élevées de vitamine A on observe chez l'homme en même temps que l'augmentation de la carotinémie une hypercholestérinémie, une hyperlécithinémie. Cet accroissement des lipoïdes du sérum sous l'influence de la vitamine A est peut-être explicable par une inhibition des processus de combustion, l'accumulation des lipoïdes sériques apparaissant ainsi comme l'expression de ce trouble des échanges de corps gras. L'hypercholestérinémie pathologique coïncide tantôt avec une augmentation parallèle de la vitamine A, tantôt, au contraire, avec une diminution de cette substance. Des taux élevés de carotine et de vitamine A dans le sérum ont été observés en coïncidence avec la lipoïdémie du diabète et des néphroses. Par contre, ces substances ont été trouvées diminuées lors de l'hypercholestérimémie des crétins et, chez quelques hépatiques hypercholestérinémiques, cet abaissement de la vitamine A peut être dû à une insuffisance de transformation de la carotine lors des troubles de la sécrétion thyroïdiene et aux troubles de résorption consécutifs aux lésions hépatiques chez des sujets présentant une lésion du foie.

G. Dreyfus-Sée.

J. Christiansen. ***Maladies par carence en vitamines au Danemark*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 31, p. 1262-1264). — L'influence des modifications du régime sur la santé générale d'un peuple a pu être mise expérimentalement en évidence au Danemark pendant la guerre. L'année 1918, dite « année de santé », ou « année du beurre », a été caractérisée, en effet, par la disparition de tous les produits permettant la fabrication de la margarine, de telle sorte que chaque individu recevait une ration déterminée de beurre, un quart de kg. par semaine, et en outre du lait était fourni en abondance aux mères et aux enfants. L'étude de l'influenee de ces doses accrues de Vitamine A et D sur l'état de santé générale des enfants montre une diminution de la mortalité infantile et de la mortalité par tuberculose ainsi qu'une diminution du nombre des cas de xérophtalmie (71 en 1917, 9 et 4 en 1918 et 1919). Enfin, la mortalité générale a également décru dans cette année. L'influenee de la teneur accrue en vitamines sur la mortalité infantile a également été prouvée par la comparaison entre les chiffres de mortalité dans des pays riches en lait et en beurre, comme la Nouvelle-Zélande et l'Australie, opposés aux régions pauvres en vaches comme l'Egypte.

Au cours des dernières années, l'accroissement de l'absorption de margarine au Danemark paraît avoir provoqué de nombreux troubles. On a signalé l'augmentation du rachitisme sous toutes ses formes. H. Frandsen a attiré l'attention sur un stigmate oculaire précoce de l'avitaminose A : les sujets absorbant essentiellement de la margarine présentaient de l'héméralopie, parfois associée à des douleurs dans les extrémités et des crampes musculaires des mollets ; tous ces signes disparaissent après traitement par l'huile de foie de morue. C. a contrôlé et complété ces observations. L'examen oculaire de 150 sujets atteints d'affections gastriques ou intestinales a montré que 60 pour 100 d'entre eux étaient héméralopes à des degrés variables ; chez tous ces malades, une carence en vitamines A et D par absorption insuffisante de corps gras a pu être mise en évidence. Les quelques sujets qui paraissaient prendre une quantité suffisante de beurre et de lait avaient tous absorbé quotidiennement de l'huile de paraffine ; or, il semble que l'huile de paraffine puisse gêner, dans une certaine mesure, la résorption de la vitamine A. L'efficacité thérapeutique de l'huile de foie de morue a été confirmée dans tous les cas observés.

L'auteur insiste en conclusion sur la nécessité de faire absorber régulièrement par tous les sujets des pays nordiques de l'huile de foie de morue. En outre, la ration en beurre et en lait doit être suffisante. Ces mesures éviteraient l'apparition de manifestations pathologiques oculaires ou osseuses.

G. Dreyfus-Sée.

E. Muller. ***Observations du régime riche en hydrate de carbone dans le diabète infantile*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 37, 11 Septembre 1936, p. 1489-1493). — M. a soumis de jeunes diabétiques à des régimes riches en hydrate de carbone ainsi qu'à un régime libre de Stolt. Il considère que l'application de ces régimes n'est pas sans danger et qu'il importe d'exercer sur les jeunes sujets une surveillance constante réalisable seulement en clinique. Il est indispensable en effet d'adapter constamment la dose d'insuline ou la ration hydrocarbonée absorbée de façon à éviter les glycosuries importantes susceptibles par leur persistance d'aggraver l'évolution du diabète.

L'amélioration de la tolérance hydrocarbonée habituellement obtenue chez les malades hospitalisés n'est pas consécutive à l'augmentation du sucre de la ration, mais elle succède à l'abaissement de la quantité de glucose retenue dans l'organisme. C'est ce facteur, aisément réalisé, qui explique les fréquents incidents de réaction hypoglycémique chez l'enfant.

En pratique, pour le traitement ambulatoire, il est préférable d'établir expérimentalement la ration bien tolérée par le jeune sujet, ration suffisante pour permettre sa croissance, mais n'entraînant pas d'acidose. Cette diététique est supérieure aux cures d'engraissement pratiquées en clinique avec rations hydrocarbonées extrêmes.

G. Dreyfus-Sée.

H. Gesenius. ***Hyperhémie profonde; contribution à l'étude du mode d'action des ondes courtes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 38, 18 Septembre 1936, p. 1533-1537). [avec photographies en couleur]. — Chez 7 chiens et 1 cochon, G. a contrôlé la vascularisation des viscères abdominaux au cours de divers procédés de chauffage. A l'aide d'un laparoscope il a vérifié l'hyperhémie produite par les méthodes anciennes de chauffage (cataplasmes, bains chauds, bains de boue) et les a comparées avec les techniques modernes : diathermie, ondes courtes, rayons infra-rouges. La supériorité des procédés anciens lui a paru évidente, l'hyperhémie profonde maximum étant obtenue avec le bain de boue à 40°. Il semble s'agir d'un réflexe sensorio-viscéral.

Cliniquement des malades soumis à la cure par ondes courtes à l'aide d'un tube Osram de 1.500 watt ont été examinés. Sur les 427 sujets, 340 étaient des femmes à la période ménopausique dont 180 avaient des affections annexielles.

L'analyse des améliorations obtenues décèle des résultats paradoxaux, l'amélioration objective étant habituellement dissociée des modifications locales appréciables au toucher. Ainsi 65 fois on note une régression locale qui manque chez les 115 autres sujets, et 113 fois les malades se sont sentis beaucoup mieux alors que cette amélioration subjective manque dans les 67 autres cas.

G. Dreyfus-Sée.

A. Terbruggen. ***Présence de bâtonnets acido-résistants dans les bronchectasies, cause d'erreur diagnostique avec la tuberculose*** (*Deustche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 43, 23 Octobre 1936, p. 1749-1751). — T. publie une observation de bronchectasie sans aucun signe clinique de tuberculose et avec absence de toute lésion anatomo-pathologique bacillaire lors de la vérification nécropsique.

Or l'examen des crachats de la malade pendant son existence avait montré l'existence de bacilles acido-résistants qui avaient fait porter le diagnostic de lésion bacillaire. Ces bacilles ne présentaient aucune différence morphologique, ni chimique du bacille de Koch, cependant les cultures et inoculations demeuraient négatives.

Cette observation rare, à propos de laquelle T. rappelle une observation antérieure analogue de Litzner, doit inciter à quelques réserves lors de la présence de bacilles acido-résistants au cours des processus suppurés pulmonaires ou bronchectiasiques sans symptômes cliniques de tuberculose.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

L.-R. Muller et **K. Weidner.** ***Etiologie des céphalées*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, 14 Août 1936, p. 1355-1361). — Le mécanisme pathologique des céphalées demeure encore actuellement non élucidé. La recherche de la cause provocatrice de cette excitation nerveuse et sensorielle a été effectuée par M. et W. en se basant sur des notions anatomo-pathologiques et cliniques ; ils croient pouvoir conclure que l'hypertension intracranienne est en cause dans l'immense majorité des cas. L'augmentation de la pression céphalo-rachidienne s'explique aisément lorsque la céphalée est provoquée par une inflammation méningée ou s'accompagne d'une stase papillaire ou encore correspond à une maladie infectieuse aiguë. Lors des céphalées toxiques l'hypertension succéderait soit à une action directe du poison sur les méninges ou les vaisseaux, soit à une influence du poison sur la sécrétion céphalo-rachidienne. Le mal de tête succédant à un surmenage psychique ou à une émotion aurait une origine vaso-motrice. Des troubles dus à la pression barométrique, modifiant la pression du liquide céphalo-rachidien par l'intermédiaire des vaisseaux, expliqueraient les céphalées consécutives au « föhn ». Enfin, une hypertension céphalo-rachidienne accompagnerait constamment la migraine. En ce qui concerne la thérapeutique, ces notions expliquent l'influence des principaux analgésiques. Elles amènent en outre à préconiser l'emploi de solutions hypertoniques pour calmer les douleurs. C'est ainsi que l'injection intraveineuse de 10 cmc pour 100 de solution à 10 pour 100 de gluconate de calcium intraveineux aurait fourni dans tous les cas opiniâtres de céphalée un soulagement presque immédiat.

G. Dreyfus-Sée.

Gander et **Niederberger.** ***Le besoin de vitamine C des sujets âgés*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 34, 21 Août 1936, p. 1386-1389). — La recherche des réserves en vitamine C à la suite de l'administration excessive de cette substance à des sujets âgés a montré que des hypovitaminoses C très notables sont très fréquentes chez les sujets de plus de 50 ans. Cette carence influence l'état général de façon nocive, diminue la vitalité, augmente la prédisposition à la maladie, aux infections, favorise le vieillissement des tissus et participe vraisemblablement à la constitution de diverses affections de la vieillesse, telle que l'artério-sclérose, etc... L'augmentation de la vitamine C dans l'organisme a paru augmenter la vitalité, améliorer l'état général, accélérer la guérison ou la convalescence. G. et N. préconisent donc par conséquent l'administration abondante de vitamine C aux vieillards.

G. Dreyfus-Sée.

F. Lasch. ***Un cas de myélite funiculaire grave traitée avec succès par l'administration de vitamine B 1*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 34, 21 Août 1936, p. 1390-1391). — L. relate l'observation d'une femme de 57 ans atteinte depuis quatre ans d'anémie pernicieuse avec myélite funiculaire grave non influencée par une hépatothérapie intensive qui avait cependant amené une régression totale de l'image anormale sanguine. Des cures répétées d'injections de vitamine B. ont amené rapidement une amélioration notable et une régression des symptômes neurologiques.

G. Dreyfus-Sée.

F. Bering. ***Contribution à l'étude des exanthèmes par hypnotiques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 37, 11 Septembre 1936, p. 1510-1512). — Au cours d'un eczéma des régions ano-crurales et scrotales, B. a observé une aggravation nette après administration de barbiturique. Les foyers eczémateux sont devenus suintants, à leur périphérie sont apparues des papules et des vésicules; un exanthème papulo-vésiculé à distance a également été observé. La guérison est survenue rapidement après suppression de la médication barbiturique.

Dans 4 autres observations l'apparition d'exanthème papulo-vésiculeux simulant un eczéma vrai a été notée en relation indiscutable avec l'application de médication barbiturique ; la preuve de leur origine médicamenteuse a été fournie par l'aggravation des symptômes au cours ou lors de la reprise de cette médication et leur régression rapide après sa suppression.

G. Dreyfus-Sée.

M. Hochrein. ***La circulation chez les obèses*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 38, 18 Septembre 1936, p. 1548-1553). — Le mécanisme circulatoire des obèses est considérablement modifié par une série de facteurs : l'adipose abdominale provoque une ascension du diaphragme et par conséquent une torsion et une déviation de l'axe cardiaque. En outre, la circulation périphérique est gênée par l'augmentation du tissu graisseux. Enfin, les besoins circulatoires sont augmentés proportionnellement à l'accroissement de poids. Il faut ajouter une absence habituelle d'hypertrophie de la musculature cardiaque qui est, au contraire, fréquemment altérée. Ainsi le cœur insuffisant, gêné dans son fonctionnement, doit, cependant, fournir un travail accru. La circulation ralentie jouerait également un rôle dans la production d'un météorisme abdominal qui augmenterait encore de façon mécanique et réflexe la gêne circulatoire.

Les troubles circulatoires observés dans l'obésité sont analogues à ceux qu'entraîne une sténose mitrale, c'est-à-dire, hypotension dans un premier stade, puis, plus tardivement, après la quarantième année, hypertension. Des troubles fonctionnels surviennent fréquemment : dyspnée d'effort, fatigabilité, palpitations, vertiges, etc...

En ce qui concerne le traitement, les considérations ci-dessus énoncées entraînent les directives thérapeutiques : cure d'amaigrissement, emploi de tonicardiaque et de médication diurétique. En pratique, le plan général de traitement comporte : 1° des mesures destinées à diminuer la disproportion entre le volume du corps et la force du cœur ; 2° médication activante de la circulation périphérique et cardiaque.

Ces diverses mesures comportent des prescriptions diététiques associées à des médications tonicardiaques et vaso-motrices.

G. Dreyfus-Sée.

H. Seiring. ***Action des acides gras dans les pansements à l'huile de foie de morue*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 40, 2 Octobre 1936, p. 1632-1634 [avec 5 figures]). — Depuis 1932 on utilise, dans le traitement des plaies profondes et étendues, les pansements à l'huile de foie de morue. L'influence cicatrisante de cette thérapeutique avait été attribuée à l'action des vitamines A. et B. L'essai pratiqué par S. de remplacer l'huile de foie de morue par une solution d'acides gras non saturée a montré qu'on pouvait, avec ce produit, obtenir des succès parfois supérieurs à ceux observés précédemment. Il semble donc que la cicatrisation soit déterminée surtout par les acides gras contenus dans l'huile. En pratique, il importe d'employer un mélange de certains acides gras, alors que ces substances isolées demeurent inefficaces. L'action du mélange bien préparé serait supérieure à celle de l'huile de foie de morue.

G. Dreyfus-Sée.

E. Heun. ***Cure de jus de végétaux crus*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 40, 2 Octobre 1936, p. 1635-1640). — La méthode et les indications de la cure végétarienne par les jus crus ont été étudiées sur 500 cas traités à la clinique ou en pratique privée. La dose moyenne était de 3/4 de litre de jus réparti de la façon suivante : matin et soir : 1/4 de litre de jus de fruits ; à midi, 1/4 de litre de jus de légumes mélangés ; en outre les sujets étaient soumis à une thérapeutique par divers agents physiques : lumière, aérothérapie, hydrothérapie, enveloppements, gymnastique et massages.

H. indique avec précision les procédés de purification et de préparation du matériel nécessaire à la préparation des jus crus.

L'étude systématique de l'action de cette cure sur les divers organes montrerait une influence générale à laquelle n'échapperait aucun organe : en particulier un tableau montre la chute de la pression artérielle et l'amaigrissement observés dans 24 cas.

Les principales indications de cette cure : obésité, hypertension avec ou sans lésion artério-scléreuse ou rénale, troubles circulatoires divers, troubles glandulaires et affections diverses de la nutrition.

L'action principale de la cure est la déshydratation, la suppression de la graisse, la tendance alcalisante des humeurs, une minéralisation ; elle fournit en quantité des vitamines, des ferments et des enzymes et vraisemblablement encore d'autres substances inconnues importantes à l'existence contenues dans les végétaux crus.

L'action sur les échanges, les éliminations, la nutrition et les glandes à sécrétions internes serait également importante.

G. Dreyfus-Sée.

H. Bruns. ***Durée d'incubation de la fièvre typhoïde*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 44, 30 Octobre 1936, p. 1783-1785). — Se basant sur plusieurs petites épidémies de dothiénenterie, dont une observée personnellement, B. étudie la durée d'incubation de cette affection. Il l'estime en moyenne de douze à quatorze jours avec des variations pouvant aller de cinq à vingt et un jours. Quelques cas plus rares présentent une incubation très prolongées, jusqu'à sept semaines. La fréquence de ces variations complique les recherches épidémiologiques, des contacts même éloignés pouvant être parfois responsables de l'infection.

Il ne semble pas possible d'établir pour la typhoïde un stade d'incubation nettement limité, comme il en existe un pour d'autres maladies infectieuses.

G. Dreyfus-Sée.

E. L. Reingardt. ***Etude sérologique et thérapeutique de la tuberculose cutanée*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 44, 30 Octobre 1936, p. 1785-1787). — L'étude systématique de la réaction des déviations du complément de Witebsky, Klingenstein, Kuhn, au cours de diverses formes de tuberculose, a été entreprise pour contrôler les résultats habituellement satisfaisants signalés par de nombreux auteurs.

Or cette réaction sérologique a été trouvée positive au cours de manifestations pathologiques non tuberculeuses dans 15 pour 100 des cas, alors que les tuberculeux pulmonaires présentent un résultat positif dans 57 pour 100 des cas ; les tuberculoses certaines réagissent dans une proportion analogue, mais on trouve 33 pour 100 de réactions positives lors de l'eczéma seborrhéique, et 50 pour 100 dans l'acné vulgaire.

La valeur de cette réaction demeure donc discutable en pratique, et ses résultats doivent être interprétés avec réserves. L'essai d'un traitement combiné chimiothérapique local (ektebinc) et par irradiations ultra-violettes sur les lupus cutanés a par contre fourni à R. des résultats favorables confirmant les succès publiés antérieurement par cette méthode.

G. Dreyfus-Sée.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig)

A. Kautzky. ***Nouvelles données bronchographiques sur la dilatation des bronches*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. **54**, n° 3, Septembre 1936, p. 219-226). — En raison des données nouvelles concernant la bronchographie qui ont vu le jour au cours des dernières années, K. s'est décidé à passer en revue les cas qu'il a observés au cours des cinq dernières années, et qui sont au nombre de 240 environ, concernant les affections les plus diverses.

K. décrit la *technique* qu'il emploie systématiquement (anesthésie, introduction d'une sonde en gomme à olive métallique à travers la bouche et le pharynx dans la trachée, décubitus latéral du côté à examiner, poussée de la sonde dans la bronche principale; K. utilise l'iodipine).

Il faut savoir que la bronchographie ne constitue pas un procédé sans dangers, et que, au contraire, elle peut causer de nombreux incidents ou accidents (d'ordre chimique, ce sont des intoxications; la quantité injectée ne doit pas être trop importante; elle ne doit pas dépasser 30 cmc; il faut noter aussi les cas où la totalité de l'iodipine n'est pas évacuée, ces éléments restants pouvant s'observer même après plusieurs années, et au cas où l'huile iodée ne serait pas stérile, l'on pourrait craindre des infections); c'est en raison de ces dangers que K. rejette absolument l'emploi de la bronchographie chez les tuberculeux.

Particulièrement intéressante est l'étude, à l'aide de la bronchographie, des fonctions bronchiques, et, plus exactement, du processus respiratoire. L'huile iodée pénètre dans les bronches sous l'influence des mouvements inspiratoires; cependant, l'huile iodée lourde est chassée. Les mouvements inspiratoires sont très rapides, mais sont séparés par des intervalles de pause; tel n'est pas cependant le cas lorsqu'il s'agit de troubles de fonctionnement de la respiration; seule alors l'huile iodée lourde est susceptible de pénétrer lentement et continuellement dans les bronches. Ainsi qu'en témoigne la littérature, l'on ne constate le cheminement de l'huile iodée dans les bronches anesthésiées que lorsqu'il s'agit de conditions anormales, et cela, plus du fait de l'expectoration que de la respiration normale.

La classification actuelle des bronchiectasies, fondée sur leur aspect radiologique, ne saurait être considérée comme satisfaisante. Si certaines formes, comme par exemple la bronchiectasie du poumon collabé, se traduisent par des modifications d'aspect en fonction de l'évolution de l'affection, il existe de nombreuses autres formes qui s'en différencient totalement.

Il ne semble pas exact de rapporter, comme on a tenté de le faire, tous les types de bronchectasies à la même étiologie; contre cette tendance s'élèvent les faits de dilatations d'origine congénitale, et les changements d'aspect que l'on peut observer au cours de l'évolution de certains cas.

La sténose trachéale consécutive à une dilatation des bronches ne survient que rarement. Suivant les auteurs, les sténoses et les altérations des mouvements respiratoires, qui presque toujours existent et peuvent s'observer, ne sont pas localisées au niveau de la zone ectasiée, mais bien au niveau de la région alvéolaire qui s'y rapporte.

Une respiration insuffisante constitue une des premières manifestations visibles d'une dilatation des bronches.

Morel Kahn.

BRUXELLES MÉDICAL

Lomry (Bovigny). ***Une endémie de paratyphus B Schottmuller, dans un village des Ardennes*** (*Bruxelles Médical*, t. **16**, n° 49, 4 Octobre 1936, p. 1761-1766). — Dans un petit village d'agriculteurs des Ardennes comptant à peine 450 habitants pour 90 maisons, 16 cas de paratyphoïde B due au bacille paratyphique B 1 Schottmuller ont été observés en douze ans. Le village est situé sur un plateau à 500 mètres d'altitude, les maisons répondent de façon satisfaisante aux exigences de l'hygiène. Les eaux alimentaires y sont de première qualité, mais trop peu protégées contre les causes de pollution. Après chaque cas, on a incriminé les eaux et malgré les précautions prises, l'endémie s'est poursuivie. L. pense que la contagion a été propagée uniquement par des porteurs de germes appartenant tous à une société chorale. De ces porteurs de germes, les deux principaux sont morts, ils habitaient la maison où se réunissait la société. Le fils semble avoir importé le germe pathogène ; après la mort de la mère, l'endémie a cessé. L'un et l'autre ont propagé le mal avant d'en avoir subi les atteintes.

L'étude de cette endémie typhique montre que la prophylaxie de la fièvre typhoïde doit s'orienter vers la recherche d'un moyen facile et sûr pour la découverte des porteurs de germes sains.

Robert Clément.

J. Piérard (Bruxelles). ***A propos de la réinfection syphilitique*** (*Bruxelles Médical*, t. **16**, n° 51, 18 Octobre 1936, p. 1825-1830). — P. rapporte trois observations de réinfection syphilitique. La première a été observée 4 ans après le premier chancre. Elle est basée sur la notion du rapport infectant dans les délais normaux, la présence du tréponème dans le chancre et le virage de la réaction de B.-W. négative. Le deuxième malade a présenté un second chancre à 1 centimètre du premier avec adénite correspondante, tréponème dans l'exsudat quatorze ans après la première contamination. Les réactions biologiques, négatives, sont devenues positives 7 jours après l'apparition de l'accident. Le troisième se serait réinfecté dix-huit ans après, dans des conditions analogues.

Pour admettre une réinfection, il faut un certain nombre de conditions : authenticité de la première syphilis ; certitude du contact contaminant et de la période d'incubation du second accident dans les délais habituels ; constatation du tréponème dans l'exsudation séreuse ; caractères classiques du chancre et de son adénopathie. Il faut, en outre, que le traitement de la première syphilis ait été suffisant et qu'il se soit écoulé une période d'observation prolongée pendant laquelle aucun symptôme clinique ni sérologique ne s'est manifesté.

On peut donc admettre la possibilité de la réinfection, mais tant que l'on ne possédera pas un critère individuel de guérison, sa démonstration dans un cas particulier ne peut se faire avec toute la rigueur de la médecine expérimentale.

Robert Clément.

F. Van den Branden et **P. Nélis** (Bruxelles). ***Sur l'encéphalite post-vaccinale en Belgique. Notes sur la vaccination antivariolique au Congo belge*** (*Bruxelles Médical*, t. **17**, n° 1, 1er Novembre 1936, p. 1-10). — L'encéphalite post-vaccinale serait rare en Belgique. De Juin 1932 à Juin 1936, 11 cas suspects ont été signalés à l'Office vaccinogène (Les renseignements reçus par celui-ci sont dus à la bonne volonté des médecins et non obligatoires). Sur les 11 cas, 9 sont survenus chez des enfants et 1 seul chez un nourrisson.

Les lésions histologiques du névraxe constatées par la Commission de l'encéphalite des Pays-Bas, sur 13 cerveaux, ressemblent par plus d'un côté à celles de l'encéphalite consécutive à la rougeole, à la varicelle et aux autres maladies infectieuses et surtout à celles de l'encéphalite disséminée.

La meilleure prévention de la maladie est la vaccination dans le tout jeune âge.

Pour le traitement, il est recommandé d'essayer soit l'injection intra-veineuse de sérum provenant de personnes ayant subi récemment une vaccination antivariolique réussie, soit l'injection de sérum de cheval immunisé.

Au Congo belge, où il est effectué certaines années un demi-million de vaccinations et de revaccinations, et où la variole est fréquente parmi les indigènes de tous âges, il n'a jamais été constaté jusqu'à présent de cas d'encéphalite post-vaccinale.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

L. L. Saylor et **I. S. Wright**. ***Deux cas d'urticaire par sensibilité au froid. Effet du traitement par l'histamine*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **192**, n° 3, Septembre 1936, p. 388-395). — S. et W. relatent 2 cas d'urticaire *a frigore*.

La première patiente, une femme de 32 ans, put être étudiée en détail. La sensibilité au froid était extrême puisqu'un objet de métal porté à 23°, appliqué sur la peau, provoquait déjà de l'urticaire. Les réactions de la pression sanguine, du pouls, de la température de la peau et de l'acidité gastrique lors de la production d'urticaire étaient semblables à celles que déclenche l'injection d'histamine. Aussi peut-on admettre que ces phénomènes sont dus à une substance analogue à l'histamine libérée par les tissus exposés au froid. Les cuti-réactions, les chiffres d'éosinophiles, l'épreuve de Prausnitz-Küstner, les antécédents démontraient l'absence de toute allergie chez cette malade. Le traitement par l'histamine (3 injections sous-cutanées de 1 cmc de solution à 1 p. 1.000) amenèrent la désensibilisation.

La seconde malade, une femme de 40 ans, très bonne nageuse et habituée à l'eau froide, avait eu une syncope qui faillit être mortelle, suivie d'urticaire généralisée, de diarrhée et de vomissements lors d'un plongeon dans l'eau froide cinq ans auparavant. Depuis elle présentait de l'urticaire *a frigore*. Les boissons rafraîchies et la glace provoquaient du gonflement des lèvres et de la gorge. L'application de glace sur la peau fut suivie, là aussi, de chute de la pression artérielle. Cette chute peut être responsable des lipothymies et des syncopes consécutives à l'exposition au froid.

P.-L. Marie.

D. Riesman, J. A. Kolmer et **D. Polowe**. ***La splénectomie dans le traitement de l'endocardite lente*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **192**, n° 4, Octobre 1936, p. 475-483). — R., K. et P. relatent 4 cas d'endocardite lente qu'ils ont traités par la splénectomie, et passent en revue les faits analogues publiés. En général, l'opération a été bien supportée, même dans ces cas avancés. Ils avaient proposé cette intervention dans le but de supprimer un foyer secondaire important d'infection et de permettre au malade de mieux combattre le foyer primitif. De fait, elle est loin d'avoir été suivie d'une stérilisation durable du sang dans les cas où il existait de l'infection sanguine. Néanmoins dans tous les cas observés par R., K. et P., la vie fut incontestablement prolongée et rendue plus tolérable. L'amélioration physique et psychique fut très frappante. Peut-être que si l'opération était pratiquée plus tôt sur des malades ayant une rate palpable et un cœur en assez bon état encore, les résultats pourraient être meilleurs.

Comme la mort semble être due à des embolies dans la majorité des cas, il faut s'efforcer de les prévenir, mais le problème demeure posé.

Le traitement ne doit point, du reste, se borner à la splénectomie. Il faut continuer les petites transfusions et essayer le traitement par le bactériophage.

Par ailleurs, la splénectomie peut être indiquée dans des cas rebelles de septicémie sans foyer cliniquement décelable et dans lesquels la splénomégalie est au premier plan. Ce groupe de faits, dans lesquels l'endocardite subaiguë est soupçonnée, mais non démontrée, est celui qui offre actuellement les meilleures chances de bons résultats pour la splénectomie.

P.-L. Marie.

R. Stretcher et **W. Solomon**. ***Traitement de l'arthrite gonococcique par la fièvre artificielle*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **192**, n° 4, Octobre 1936, p. 497-510). — On a beaucoup vanté récemment les bons effets de la pyrétothérapie dans le rhumatisme blennorragique, mais on s'est probablement un peu trop emballé comme le montre l'étude des 50 cas traités par S. et S.

Comme agent d'hyperthermie ils ont employé la chambre de Kettering où le patient est placé tout entier à l'exception de la tête. La température du corps fut poussée de 40°6 à 41°6 pendant une à quarante-huit heures. Il s'agissait de cas aigus chez 41 malades. 54 p. 100 furent guéris de tous leurs symptômes articulaires ; 22 p. 100 furent améliorés ; 26 p. 100 ne furent pas soulagés. La localisation génitale fut très diversement influencée. Par contre, les complications oculaires qui existaient dans 5 cas (1 iritis, 4 conjonctivites) furent guéries au cours de la pyrétothérapie.

Les patients présentent souvent une grande agitation, parfois du délire ; les brûlures sont fréquentes, dues à la grande chaleur de l'air. Un personnel spécialisé est indispensable pour ce traitement ; autrement les risques de complications graves seraient trop grands.

En somme, à condition d'être bien maniée, la pyrétothérapie constitue une méthode de traitement satisfaisante, donnant une forte proportion de succès, sans être toutefois la panacée qu'on a dit.

P.-L. Marie.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

H. M. Thomas junior et **A. C. Woods**. ***Exophtalmie progressive suivant la thyroïdectomie*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **59**, n° 2, Août 1936, p. 99-112). — Les observations faites dans 5 cas d'exophtalmie progressive consécutive à une thyroïdectomie éclaireront peut-être le mécanisme de l'exophtalmie. Dans deux cas, l'orbite fut explorée ; dans deux autres, une opération décompressive fut réalisée. Chez le cinquième, dont les yeux avaient été antérieurement enlevés, fut pratiquée une opération d'exploration et de plastique. Ces interventions ont montré que le contenu orbitaire était sous tension, la graisse tendant à faire irruption lors de l'ouverture chez deux sujets, alors que ce phénomène ne s'est pas produit chez les trois autres.

L'examen histologique biopsique ou post-mortem montre une réaction inflammatoire caractéristique des muscles extra-oculaires avec larges îlots de cellules rondes. La ressemblance frappante de cette réaction avec celle notée au niveau de la glande thyroïde pendant l'hyperthyroïdie ou dans les cas de maladie d'Addison permet de supposer qu'elle représente une réponse lymphoïde généralisée à quelques formes d'endocrinopathie. Cette réaction inflammatoire serait responsable du gonflement du

contenu orbitaire, de l'augmentation de la pression intra-orbitaire et de l'exophtalmie.

Il n'est pas rare que l'exophtalmie survienne et se développe après une thyroïdectomie subtotale pour hyperthyroïdie. On ne la voit pas après ablation totale sans hyperthyroïdie. Les cas légers d'exophtalmie post-opératoires tendent à guérir spontanément, mais dans d'autres cas, l'exophtalmie peut être grave au point de menacer la vision par atteinte de la cornée, ou œdème de la papille et lésion du nerf optique. Dans ces cas, la tarsorraphie latérale et la décompression orbitaire peuvent être indiquées.

ROBERT CLÉMENT.

REVISTA DE LA ASOCIACION MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

Teresa Malamud et **Baldomero Jussem.** ***Un cas d'hyperthyroïdisme et de diabète. Thyroïdectomie. Guérison apparente du diabète*** (*Revista de la Asociacion Medica Argentina*, t. **49**, n° 359, Juin 1936, p. 308-320). — Les cas d'hyperthyroïdisme s'accompagnant de diabète sont certainement moins rares que les cas d'hypothyroïdisme avec troubles du métabolisme glycidique ; mais ils existent, bien que leur étude donne lieu à des interprétations contradictoires. Aussi est-il d'un grand intérêt de faire connaître les faits observés chez les malades, parce qu'il est possible, sinon probable, que ce ne soit pas seulement la glande thyroïde, ou son mode de fonction, le facteur principal de cette association.

L'observation rapportée par les auteurs argentins concerne une malade de l'hôpital israélite Ezrah, de Buenos-Ayres, fait à retenir. Il s'agit d'une femme de 48 ans, sans antécédents héréditaires connus, opérée à l'âge de 35 ans d'un myome utérin, opération qui détermina la ménopause. Depuis deux ans, faiblesse, inappétence, soif ; dyspnée, palpitations, plus intenses au repos ; insomnies, perte de 18 kilogrammes de poids. Depuis un mois, glycosurie. La thyroïde se montre légèrement augmentée. Tension artérielle 19-8 (Pachon-Gallavardin). On palpe la rate. Du côté du système nerveux, l'on remarque une amnésie rétrograde légère. Regard brillant et fixe ; pupilles normales. Aux membres supérieurs, fin tremblement rapide ; aux membres inférieurs, réflexes vifs. Glycosurie et cetonurie franches, qui disparaissent deux jours après, mais reviennent avec inconstance et très diminuées. Glycémie avant l'opération : 1,33 pour 1.000, avec fluctuation jusqu'à 0,81 pour 1.000. Epreuve à la glycose : diabétique. Opération, avec suites troublées. Exagération des symptômes, tachycardie, acétonurie intense. Traitement par l'insuline, sérum glycosé, régime glycidique par voie gastrique, fruits. Douze jours après l'intervention : diète, diminution progressive de l'insuline ; après, suppression de celle-ci et seulement diète. Le métabolisme se normalise ; le pouls tombe entre 82 et 96 pulsations par minute ; le poids augmente progressivement. Durant les dix mois de l'observation, l'on a donc pu améliorer l'hyperthyroïdisme par le traitement préopératoire, et la thyroïdectomie a déterminé une amélioration radicale, selon les auteurs. La malade a pu retourner à son travail, n'ayant plus besoin du traitement par l'insuline, avec un poids de 46 kilogrammes. Cependant, l'influence du traitement sur sa tachycardie fut moins accentuée. La malade est suivie périodiquement.

Les conclusions partielles que les auteurs tirent de leur observation, sont que la thyroïdectomie, pour guérir ou améliorer un diabète, n'est indiquée que dans des cas très particuliers, à savoir les diabètes graves juvénils ou se présentant de bonne heure chez les adultes. Lorsque l'on arrive à cette limite sérieuse, où la diète et l'insuline commencent à se montrer, peu à peu, inopérantes, peut-être quelquefois le diabète s'associe-t-il à la tuberculose. Ils pensent aussi que l'on pourrait appliquer un traitement par des irradiations sur l'hypophyse et la thyroïde.

A la suite de cette communication à la Société Médicale Argentine, Martin Yriart a discuté le cas. En effet, il a relevé qu'avec une teneur de 1,33 pour 1.000 de glycémie à jeûn et une glycosurie légère, qui n'a pas été dosée, le diagnostic de diabète chez un hyperthyroïdien, même présentant une acétonurie, ne permet de considérer un état grave. T. Malamud répliqua n'avoir envisagé le cas rapporté que du point de vue strictement clinique et qu'elle considère comme limite normale de la glycémie jusqu'à 1 pour 1.000, d'acord avec Joslin, Houssay, Castex et Schteingart. Il est très probable, ajouta l'auteur, que le bas seuil pour la glycose s'explique par le fait que chez l'hyperthyroïdien ce niveau est habituel ou, au moins, fréquent et que dans les diabètes au début l'on constate un phénomène analogue.

JOAO COELHO.

PROCEEDINGS OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE [Section of Surgery]

R. Bensaude et **A. Lambling** (Paris). ***Discussion sur l'étiologie et le traitement du rétrécissement fibreux du rectum (y compris la lymphogranulomatose inguinale)*** [*Proceedings of the Royal Society of medicine*, vol. **29**, Septembre 1936]. — Ayant, entre 1910 et 1936, observé 315 cas de rétrécissement non néoplasique du rectum, B. et L. veulent surtout donner les conclusions tirées des 158 observations faites par eux depuis 1931, observations qui ont bénéficié des méthodes biologiques modernes.

Pour eux la lymphogranulomatose est seule responsable du syndrome clinique si particulier du rétrécissement inflammatoire du rectum. Ils réfutent la théorie de Fournier sur la nature syphilitique des rétrécissements du rectum. La coexistence de la lymphogranulomatose avec la gonorrhée, l'infection chancrelleuse et la syphilis s'expliquent du fait qu'il s'agit là de maladies vénériennes, particulièrement fréquentes dans le milieu où B. et L. ont recueilli la plupart de leurs observations, 80 pour 100 des malades masculins étant des sodomistes avoués. Deux faits prédominent dans la pathogénie des lésions lymphogranulomateuses : le point d'inoculation et les territoires lymphatiques qui en dépendent.

Chez la femme, le chancre infectant est en général vaginal profond : la poradénite inguinale est donc exceptionnelle et dans la lymphogranulomatose rectale, l'infection périrectale précède l'infection muqueuse.

Chez l'homme, la contamination détermine d'abord un chancre pénien et une adénite inguinale et si B. et L. ont pu citer un cas où l'envahissement des lymphatiques périrectaux est parti de la région inguinale, dans la règle l'infection rectale résulte d'une contamination directe chez des sodomistes.

Au point de vue thérapeutique, on ne peut viser qu'à des améliorations, quelquefois remarquables, mais sans guérison vraie.

La chirurgie, mises à part la colostomie et les petites interventions telles que les incisions d'abcès ou de fistules, doit céder le pas à la médecine.

La dilatation diathermique, prudemment maniée, doit être le traitement de base. La radiothérapie n'est pas à conseiller, quoi qu'en disent certains auteurs. Seront utiles les cures de repos, d'altitude, les stimulants généraux, l'histidine, la désinfection locale, la lutte contre la stase intestinale.

Quant aux traitements généraux anti-infectieux chimiques ou biologiques, ils constituent peut-être la méthode de l'avenir ; pour le moment aucun d'eux n'est spécifique, ce ne sont que des adjuvants.

J. LUZOIR.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Genève-Lausanne)

R. Burnand (Lausanne). ***Quand doit-on abandonner un pneumothorax thérapeutique ?*** (*La Revue médicale de la Suisse romande*, t. **56**, n° 11, 25 Septembre 1936, p. 699-712). — La question de la durée d'entretien du pneumothorax thérapeutique est l'une des plus ardues.

Le maintien du collapsus pendant deux années au moins est une nécessité absolue. La seconde règle générale est qu'il faut délivrer le malade du traitement collapsothérapique lorsque celui-ci a cessé d'être nécessaire.

Pour fixer la date où l'on cesse d'entretenir le pneumothorax, il faut considérer un certain nombre de facteurs. Plus le poumon a été gravement lésé avant l'intervention, plus longtemps devra être maintenu le collapsus. La rapidité avec laquelle la température tombe, l'expectoration diminue, l'image radiologique se modifie et surtout l'état général s'améliore joueront un rôle dans l'appréciation du pronostic. Si la guérison clinique s'est maintenue pendant 2 ans environ, on peut envisager comme prochaine la cessation des insufflations.

Les pneumothorax les plus complets, ou tout au moins les plus manifestement électifs, seront supposés avoir entraîné la cicatrisation du foyer dans les délais les plus rapides. Au contraire, tout pneumothorax partiel doit être suspecté d'avoir laissé subsister des lésions importantes.

Lorsque le pneumothorax entraîne une sorte d'atrophie, de rétraction séreuse du poumon, il faut savoir le relâcher avant qu'il ne se mue en une désastreuse infirmité.

L'état de la plèvre et celui du poumon du côté opposé fourniront également des indications.

Pour les cas moyens, trois années de collapsus constituent une durée pratiquement suffisante. Dans les cas où existent des brides ou adhérences non libérées, il convient de maintenir le collapsus gazeux un ou deux ans de plus. Dans les cas imparfaits, on peut se résigner à entretenir le collapsus d'une manière plus ou moins définitive.

La décision d'interrompre le pneumothorax, grosse de conséquence pour le malade, est souvent difficile à prendre et parfois le prélude de fâcheuses déconvenues. Elle ne se base, en effet, que sur des probabilités, sur une estimation de guérison et il est à peu près certain que dans tous les cas l'amélioration n'est que clinique et qu'il persiste dans le poumon récupéré des dépôts de matières tuberculeuses. Cependant avec les directives proposées, B. estime à 85, 90 pour 100 la proportion des malades qui demeureront définitivement guéris.

ROBERT CLÉMENT.

ABONNEMENTS. *Les abonnements à* LA PRESSE MÉDICALE *partent du 1er de chaque mois, ils doivent être adressés à MM. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e. Compte chèques postaux 599.*

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Pautrier. ***Le nævus sébacé de la face et du cuir chevelu; l'épithéliome sébacé*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. **7**, n° 10, Oct. 1936, p. 897-938). — Le nævus sébacé, qu'il ne faut pas confondre avec les adénomes sébacés symétriques, est une malformation congénitale, apparaissant à la naissance ou dans la première enfance, au cuir chevelu, à la région pariétale, à l'oreille, au front, à la face, dans les régions riches en glandes sébacées.

C'est une petite tumeur irrégulière, parfois en bandelette, saillante et bombée, mais aplatie en même temps, irrégulièrement bosselée, de coloration brun jaunâtre, de consistance ferme ; les cheveux sont raréfiés ou absents à son niveau.

Ce nævus est constitué par une hyperplasie considérable des glandes sébacées, qui ont conservé leur architecture normale. Les follicules pileux sont très raréfiés ; on trouve parfois des glandes apocrines.

Ce nævus, non douloureux, peut rester bénin jusqu'à un âge avancé ; mais dans 1 cas sur 10 environ, il peut devenir le point de départ d'une dégénérescence épithéliomateuse, en général à type d'épithélioma baso-cellulaire, plus rarement à type d'épithélioma sébacé. P. en rapporte un cas.

Il est donc prudent de considérer le nævus sébacé comme une petite tumeur pouvant devenir maligne et d'en pratiquer l'excision ou la destruction par l'électro-coagulation.

P. Burnier.

L'ODONTOLOGIE (Paris)

Prof. Fiessinger. ***Les troubles digestifs d'origine dentaire*** (*L'Odontologie*, 57° année, vol. **74**, n° 8, 30 Août 1936). — Le Professeur Fiessinger pense que les troubles digestifs d'origine dentaire sont d'ordre mécanique. L'insuffisance de la mastication a comme conséquence une insuffisance diastasique, la présence dans les matières de particules d'amidon ou de grandes fibres musculaires non digérées par l'estomac parce que le sujet a avalé des morceaux trop volumineux.

Cette insuffisance masticatrice engendre chez les jeunes de l'hyperchlorhydrie; plus tard la dystonie gastrique est en rapport avec une contraction gastrique insuffisante. Cette dystonie gastrique entraîne des vagues alcalines, avec asthénie. Digérant mal, les patients sont mis à un régime mal équilibré qui aboutit à une augmentation de volume du foie stockant trop d'hydrates de carbone et à une cachexie restrictive par carence en cellulose. Chez le sujet d'âge mûr, la gastropathie peut simuler un cancer.

D'ailleurs, ces syndromes digestifs, déterminés par l'insuffisance dentaire, peuvent se compliquer suivant les cas, d'ulcère ou de cancer. Il importe donc de surveiller de tels malades.

Le professeur Fiessinger termine son article en montrant de quelle manière il importe de s'alimenter.

C. Ruppe.

Haguenau. ***Les causalgies à point de départ dentaire*** (*L'Odontologie*, 57° année. vol. **74**, n° 9, 30 Septembre 1936, p. 513-522). — Dans le cadre du névralgisme facial, H. élimine la cyclalgie, le syndrome de Sluder, les équivalents migraineux, *pour étudier les douleurs causalgiques*. Celles-ci ont une tonalité de « brûlure », une grande tendance à la diffusion, et ne laissent aucun répit. Elles n'engendrent pas de troubles objectifs sauf une légère hyperesthésie superficielle. A part les toxi-infections du système nerveux, *elles sont post-traumatiques*. Tantôt, il s'agit de sujets absolument normaux, devenant causalgiques, à la suite d'une intervention dentaire souvent minime, correctement menée, et sans suites locales. Il est impossible de préciser la catégorie des sujets particulièrement sensibles, ni le type de l'intervention à redouter. Tantôt, on a affaire à un malade qui souffre et qui reporte son algie à sa denture. Une intervention est pratiquée soit qu'il y ait véritablement une dent suspecte, soit que le praticien se laisse forcer la main par son malade. Or, à la suite, les douleurs causalgiques redoublent de violence, et le patient demande de nouvelles interventions qui si elles sont réalisées ne font qu'aggraver son cas.

H. conclut qu'il faut être ménager des interventions quand l'indication unique est la douleur subjective, sans autres signes cliniques. Il importe de proscrire l'opium, sous peine de conduire ses malades vers la toxicomanie. La radiothérapie est la seule thérapeutique opérante, à condition qu'elle soit précoce, à doses suffisantes, avec 2 portes d'entrée: au siège local de la douleur et au niveau du ganglion de Gasser.

C. Ruppe.

REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

J. Zador. ***Le spasme de torsion*** (*Revue neurologique*, t. **66**, n° 4, Octobre 1936, p. 365-390). — Considéré d'abord comme un trouble fonctionnel, c'est Oppenheim qui a établi le premier la nature organique de cette affection, surtout fréquente chez les israélites slaves, dont le tableau clinique est surtout constitué par des mouvements anormaux d'un type particulier, et des attitudes spéciales dans la station debout et la marche.

Z. rapporte l'observation très complète d'un spasme de torsion du type Ziehen-Oppenheim, ayant débuté à l'âge de 10 ans par de l'hypertonie et des secousses myocloniques dans un pied. Les troubles prédominent aux membres inférieurs, rendant impossible la position debout et assise ; ils s'atténuent dans la position à 4 pattes et couchée sur le ventre. Ils disparaissent dans le sommeil et sont atténués par la scopolamine. Il existe des mouvements anormaux sous forme de spasmes brefs, cloniques, très différents de la choréo-athétose. Aucun signe pyramidal. Rien à la face. Pas d'anneau cornéen, ni de troubles hépatiques.

Z. insiste, chez son malade, sur la simultanéité des secousses cloniques dans les diverses parties du corps, sur leur direction constante dans le sens de l'extension, quelle que soit l'attitude du malade. La position de la tête et du tronc reste sans influence sur la forme du spasme.

Z. établit ensuite une comparaison entre les diverses formes du spasme de torsion chez les israélites et les aryens. Il constate que la différence entre les deux groupes se révèle plutôt dans les antécédents et l'âge, le mode de début et l'étendue de l'affection, que dans la différence des caractères des mouvements involontaires et les attitudes des malades. Le syndrome est plus homogène chez les israélites.

Z. discute ensuite la physiopathologie de ce syndrome, et tâche de le situer entre toutes les dystonies d'attitude. Il insiste sur l'absence habituelle de signes pyramidaux, d'hypertonie, sur l'intégrité des nerfs craniens, l'absence de pigments cornéens et des troubles hépatiques, dans le spasme de torsion.

H. Schaeffer.

REVUE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE (Paris)

X. Junquet et **F. Jacob.** ***Quelques considérations sur les résultats de la radioscopie systématique du contingent*** (*Revue du Service de Santé Militaire*, t. **4**, n° 4, Avril 1936, p. 641-656). — Après un bref exposé de la méthode employée dans l'armée depuis 1933 pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire, les A. rapportent le détail de résultats portant sur 2.874 examens radioscopiques de recrues. De ce nombre 75, soit 26 pour 1.000, ont été considérés comme suspects et, de ce fait, soumis à la triple expertise radiographique, clinique et bactériologique. 19 ont été considérés comme indemnes, et 38 maintenus au service, mais sous surveillance médicale.

Parmi les sujets présentés à la Commission de réforme, 10 sont atteints de tuberculose pulmonaire, la plupart avec signes cliniques extrêmement discrets, mais avec signes radiologiques, avec ou sans confirmation bactériologique, plusieurs d'entre eux gardant un état général passable.

Leur découverte et leur élimination de la collectivité militaire est bien imputable à la méthode d'examen radiologique systématique.

D'autres sujets sont éliminés temporairement ou définitivement parce que porteurs de signes radiologiques de séquelles pleurales ou pulmonaires de la nature desquelles on ne peut préjuger.

Ce procédé de dépistage élimine des sujets dangereux pour l'armée, révèle à des malades qui s'ignorent l'affection dont ils sont porteurs et leur permet de se soigner en connaissance de cause.

A. Ravina.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Erich Urbach, Stefan Wolfram et **Robert Brandt.** ***Le sérodiagnostic du pemphigus*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 41, 10 Octobre 1936, p. 1479-1483). — Après avoir rappelé qu'au cours d'une série d'expériences Urbach et Wolfram sont arrivés à démontrer que les diverses formes de pemphigus (pemphigus vulgaire, pemphigus végétans et dermatite herpétiforme de Duhring) appartiennent au groupe des maladies à virus, U. et ses collaborateurs exposent qu'ils se sont livrés à de nouvelles recherches en vue de déterminer l'existence dans ces affections d'anticorps fixateurs du complément contre le virus supposé. Sur un total de 59 cas de pemphigus dont 3 cas de pemphigus végétant et 22 cas de dermatite herpétiforme de Duhring, provenant de diverses cliniques, on a obtenu une proportion importante de réponses positi-

ves, complètes ou incomplètes suivant les cas: 75 pour 100 pour le pemphigus vulgaire, 100 pour 100 pour le pemphigus végétant et 72 pour 100 pour la dermatite herpétiforme de Duhring, contre 4,5 pour 100 pour les sujets de contrôle. En général, on a utilisé comme antigène le contenu de vésicule de pemphigus. Mais on peut également recourir, pour examiner le sérum d'un malade suspect, à l'antigène cérébral de lapin et surtout de cobaye, ce qui constitue la méthode de choix.

La réaction de fixation du complément dans le pemphigus est généralement négative au début, à un moment où l'inoculation à l'animal donne presque toujours un résultat déjà positif. Les cas positifs se répartissent en trois groupes. Dans l'un, le sérum présente des variations marquées et passagères et dans le dernier le sérum est négatif. Il semble que les pemphigus qui s'accompagnent de réactions positives présentent une tendance aux récidives.

Au point de vue du diagnostic différentiel, cette réaction donne des résultats intéressants. Chez une femme de 40 ans, qui présentait des lésions micropapillomateuses peu caractéristiques des lèvres et des muqueuses génitales, on a obtenu une réponse positive soit avec le sérum, soit par l'inoculation sur l'animal, soit enfin par l'examen histologique (abcès intraépithéliaux bourrés d'éosinophiles).

Les réactions sérologiques ont été incomplètes dans 18 cas de pemphigus vulgaire sur 59 et dans 10 cas de dermatite herpétiforme de Duhring. Ces réactions ont une certaine valeur démonstrative, mais alors il est nécessaire de renouveler l'épreuve.

L'existence de cette réaction de fixation du complément apporte une nouvelle preuve démonstrative de l'existence dans cette affection d'un virus neurotrope pour le lapin. Elle montre de plus, d'après U. et ses collaborateurs, que, contrairement à l'opinion exprimée notamment par Darier et Tzanck, etc., etc., il y aurait une relation étroite entre ces diverses formes de pemphigus.

P.-E. Morhardt.

K. Dirr et **H. Graeber**. ***Appréciation clinique d'une pommade au venin d'abeille (Forapine) et ses relations avec les échanges de cholestérine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 41, 10 Octobre 1936, p. 1483-1485). — Le venin d'abeille est utilisé depuis longtemps déjà chez les rhumatisants. Chez ces malades, la réaction provoquée normalement par le venin ne se produit pas (phase négative), et il faut, pour qu'elle apparaisse (phase positive), un certain nombre de piqûres, qui peuvent ultérieurement provoquer une immunité réelle (phase d'immunité) ; en même temps il survient une amélioration ou la guérison de la maladie. On est encore assez mal renseigné sur la constitution du venin d'abeille. Le principe actif serait constitué par un corps non azoté, capable de provoquer de l'hémolyse et possédant les propriétés des saponines. En ce qui concerne la préparation utilisée (Forapine) il s'agit d'un mélange contenant actuellement 6 pour 100 d'acide salicylique, mais pas d'essence de moutarde.

Pour préciser le mécanisme par lequel cette préparation agit chez les rhumatisants D. et G. ont déterminé, chez une série de malades, le taux de la cholestérine du sang avant, pendant et après la cure. Ils ont constaté ainsi dans les affections rhumatismales que ce médicament provoque, presque toujours, de l'hypercholestérinémie. Les variations constatées ont été parfois assez considérables (170 à 736 ou 96 à 232 milligr. pour 100 gr.). Après avoir passé par un maximum, cette hypercholestérinémie diminue généralement. Il y a peut-être lieu d'admettre que cette augmentation de la cholestérine sous l'influence du traitement est une réaction destinée à atténuer la toxicité du venin d'abeille, étant donné que la cholestérine est précisément un corps capable de neutraliser les effets des saponines.

A l'inverse de ce qui s'observe chez les rhumatisants, le venin d'abeille n'augmente que fort peu la cholestérine du sang des sujets bien portants. Il en est d'ailleurs de même chez une petite partie de rhumatisants qui devrait, de ce fait, être classée à part d'autant plus que l'amélioration provoquée par le médicament s'observe surtout quand il y a hypercholestérinémie.

Des recherches de contrôle pratiquées avec des préparations analogues à la Forapine, mais ne contenant pas de venin d'abeille, n'ont pas déterminé les mêmes élévations de la cholestérine du sang que la préparation originale. P.-E. Morhardt.

K. Rohr et **F. Koller**. ***L'origine des thrombocytes*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 43, 24 Octobre 1936, p. 1549-1553). — La plupart des auteurs admettent aujourd'hui, en ce qui concerne l'origine des thrombocytes, la théorie de Wright qui considère ces éléments comme des fragments de mégacaryocytes. Par contre, Schilling pense que ces plaquettes dérivent des érythrocytes. Les phénomènes observés par Wright exclusivement sur la moelle de divers mammifères ont pu être constatés par R. et K. sur les produits recueillis par ponction sternale pratiquée sur le vivant. Dans toute une série de cas, il a été possible de voir des noyaux de mégacaryocytes constituant indiscutablement le centre d'un essaim de plaquettes. Pareil phénomène ne s'observe avec aucune des autres formes cellulaires existant dans la moelle osseuse. Ainsi, la théorie de Wright est également vraie pour l'homme. D'ailleurs R. et K. ont pu constater, dans la leucémie myéloïde et dans l'anémie pernicieuse, une relation numérique entre les thrombocytes du sang et les mégacaryocytes de la moelle. Dans certains cas de thrombogénie cependant, les mégacaryocytes sont parfois augmentés dans la moelle. Mais ces cellules sont alors nettement immatures et doivent être considérées comme des formes dont l'évolution a été inhibée.

D'après Wright, les plaquettes représenteraient exclusivement des fragments de protoplasma des mégacaryocytes. R. et K. ont remarqué à ce propos que l'examen de frottis conduit à admettre que les plaquettes bourrées de granules foncés doivent représenter de la substance nucléaire. Il paraît probable que, dans la moelle, les thrombocytes se forment aux dépens des mégacaryocytes par un phénomène en quelque sorte explosif dont les diverses phases sont difficiles à suivre. Par contre, dans la maladie de Werlhof, ce phénomène se produit plus lentement et on observe alors des noyaux qui abandonnent des gouttelettes de substance.

Les méthodes chimiques permettent également d'arriver à des conclusions quant aux relations qui existent entre les noyaux de mégacaryocytes et les plaquettes. Certains auteurs ont ainsi cherché à retrouver dans les plaquettes la présence de substance nucléaire, sans pouvoir d'ailleurs se mettre d'accord. Cependant des corps puriniques sont très caractéristiques du noyau cellulaire puisqu'on en retrouve jusqu'à 95 pour 100 dans le sperme de saumon, dans les lymphocytes ou dans le thymus. On peut donc ainsi conclure à la teneur en purine et à la présence de substance nucléaire. R. et K. ont donc cherché par centrifugation fractionnée à obtenir des plaquettes pures. Ils y sont arrivés et ont constaté ainsi que, dans les thrombocytes du bœuf, l'N des purines, calculé en pour 100 de l'N total, varie de 1,8 à 5,7 pour 100 et chez l'homme de 2 à 5,9. Ces chiffres prouvent que la teneur en purine des thrombocytes est beaucoup plus élevée que celle des érythrocytes sans noyau des mammifères (0,15 à 0,26 pour 100) et se rapproche, au contraire, des chiffres observés avec les érythrocytes nucléés des oiseaux (3,19 à 3,88) par exemple ou avec les organes riches en noyaux comme les reins (2,88 pour 100). Il semble donc bien démontré que les thrombocytes ne proviennent pas exclusivement du protoplasma des mégacaryocytes.

P.-E. Morhardt.

L. Armentano et **A. Bentsath**. ***Hémoglobinurie et vitamine C*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 44, 31 Octobre 1936, p. 1594-1596). — L'hémoglobinurie paroxystique est la conséquence d'un mécanisme aujourd'hui bien connu, grâce aux travaux de Donath et Landsteiner. Dans le sang de ces malades, il existe une autohémolysine qui est constituée par un élément thermostabile (ambocepteur) et par un élément thermolabile (complément). A la suite du refroidissement d'un segment de l'organisme, l'ambocepteur se fixe aux érythrocytes qui se trouvent ainsi sensibilisés pour le complément. Etant donné l'origine syphilitique de cette affection, on a naturellement recours au traitement spécifique qui d'ailleurs reste sans effet. De même la cholestérine, le chlorure de calcium, le foie, n'ont pas d'action très satisfaisante. A. et B. ont eu l'occasion d'administrer des doses élevées d'acide ascorbique (vitamine C) à un malade atteint d'hémoglobinurie paroxystique, âgé de 36 ans. Aussitôt que ce malade expose un de ses membres au froid, il apparaît des frissons, du vertige, une faiblesse générale et l'urine devient sanglante. Ce phénomène peut être artificiellement provoqué par un bain de pieds froid et l'administration préalable de 600 mgr. de vitamine C. en injection intraveineuse l'empêche de se produire.

Pour expliquer l'action de la vitamine C, on a déterminé à plusieurs reprises la teneur du sang en complément. Or, cette teneur est la même immédiatement après le traitement ou quinze jours plus tard. Il est également certain que les fonctions rénales n'interviennent pas, par élévation du seuil dans l'apparition de l'hémoglobinurie. Effectivement, l'acide ascorbique prévient l'hémolyse *in vivo* et *in vitro*. Ses effets sont dans le second cas prévenus par neutralisation, c'est-à-dire par adjonction d'une solution tampon de phosphate primaire ou secondaire. Ainsi la vitamine C agit *in vitro* par son acidité, tandis que *in vivo*, elle doit agir sur l'ambocepteur qui, comme des recherches l'ont montré, diminue fortement après l'accès. Il a été constaté de plus chez ce malade que la saturation par la vitamine C rendait négative la réaction de Wassermann, effet qui a persisté pendant quatre semaines. Il semble donc que l'acide ascorbique agit directement sur l'antigène, bien que l'antigène syphilitique et l'hémolysine ne puissent être considérés comme identiques.

P.-E. Morhardt.

Hans Josef Spörl et **Richard Pongratz**. ***Influence de la vitamine C sur les leucocytoses infectieuses*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 45, 7 Novembre 1936, p. 1639-1641). — Divers travaux ont paru, au cours de ces derniers temps, démontrer que, sous l'influence de l'acide ascorbique (vitamine C), les leucocytes du sang diminuaient. Comme, d'une façon générale, la vitamine C a, d'après S. et P., une influence sur les forces de défense de l'organisme, il était utile de préciser l'action de cette vitamine à ce point de vue. S. et P. ont d'abord eu recours à l'expérimentation sur les cobayes infectés par inoculation de colibacilles. En même temps que la température, on a suivi les modifications présentées par la leucocytose du fait de cette infection qui était accompagnée, chez une moitié des animaux, de l'administration d'acide ascorbique. Les courbes qui ont pu être ainsi dressées ont montré que, sous l'influence de la vitamine, la leucocytose apparaît plus rapidement et plus vigoureusement que chez les animaux témoins. Par contre, chez des animaux qui avaient été soumis, avant l'infection, à un régime sans vitamine C, on a constaté que la leucocytose était inhibée. Il semble que ces différences doivent être attribuées au fait que, d'une façon générale, l'acide ascorbique augmente les forces de défense de l'organisme.

Des recherches du même genre ont été faites chez une série d'enfants présentant de la septicémie. L'administration d'acide ascorbique n'a jamais paru modifier la leucocytose d'une façon appréciable et ne

l'a, en tout cas, pas fait diminuer. Dans quatre cas de diphtérie, on a administré de la vitamine dès l'entrée et on a constaté une baisse progressive des leucocytes, baisse qui fut d'ailleurs exactement superposable à celle de quatre enfants diphtériques témoins qui n'avaient pas été traités par l'acide ascorbique.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

R. Pape (Vienne). ***Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose intestinale*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 36, 4 Septembre 1936, p. 1212-1217). — P. rapporte 3 cas de lymphogranulomatose. Il s'agissait d'une femme d'âge moyen et de deux âgées. Malgré l'intervention de la radiothérapie (Rayon X) et de la chirurgie, toutes les malades sont mortes au bout de neuf mois à deux ans de maladie. Dans tous les cas, la radiographie n'a pas montré de particularité correspondant à des aspects carcinomateux typiques.

Dans le premier cas, il s'agissait de granulations de la partie supérieure de la deuxième portion et de la première du duodénum avec sténose gastrique et ictère dû à l'oblitération des voies biliaires. La radiographie a montré un duodénum filiforme, ce qui semblerait prouver que l'infiltration granulomateuse était très étendue.

Dans le deuxième cas, P. a constaté une infiltration lymphogranulomateuse de la région iléo-cæcale avec une invagination de l'endiléum dans le cæcum. La radiographie montre seulement l'altération cæcale. Malgré la résection de cette région, la malade est morte d'une généralisation de l'infection.

Dans le troisième cas, P. constata une sténose en forme de tube de la partie supérieure du côlon descendant associée à une perforation au niveau de la rate, faisant penser beaucoup plus à une affection inflammatoire qu'à un Hodgkin.

P. souligne le fait que dans de tels cas la distinction et le diagnostic doivent reposer principalement sur les symptômes suivants : localisation des transformations, infiltrations circulaires très étendues qui amènent un aspect en tube ou en ficelle de la sténose, expansion exophytique de l'infiltration et enfin les signes cliniques connus.

Guy Hausser.

E. Fischer (Dresde). ***Traitement des vomissements des femmes enceintes par des lavements de leur propre urine*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 38, 18 Septembre 1936, p. 1298-1299). — F. a obtenu de bons résultats en traitant les vomissements de femme enceinte par des injections de sucre de raisin et aussi d'insuline. Cependant, toutes ces injections présentent, selon F., des inconvénients tant physiques que psychiques. Aussi, a-t-il essayé un traitement en utilisant la propre urine des femmes enceintes.

D'autres auteurs ont rapporté de bons succès par des injections intramusculaires ou sous-cutanées d'urine. F. a préféré faire des injections rectales avec des seringues de 20 cmc. Il utilise l'urine du matin sans y ajouter quoi que ce soit. Il injectait matin et soir 5 cmc à chaque fois, au début, et augmentait chaque jour, à chaque fois, d'un cmc jusqu'à ce que deux fois 15 cmc soient atteints. Pendant ce temps, les femmes enceintes sont hospitalisées, soumises à la diète pendant les deux ou trois premiers jours, recevant par la suite des petits repas toutes les trois à quatre heures.

Dans tous les cas, où ce traitement fut appliqué, les femmes furent guéries de leurs vomissements après onze à vingt-cinq jours, sans aucune complication. Les vomissements graves et toxiques ont disparu dans les cas observés.

Guy Hausser.

DEUTSCHES ARCHIV
für KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

Ludwig Heilmeyer. ***Traitement des anémies sensibles au fer par l'ascorbinate de fer et contribution au mécanisme de l'action du fer et à la question d'une maladie par carence de fer*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **179**, n° 3, 4 Septembre 1936, p. 216-231). — Les anémies sensibles à l'action du fer se distinguent des anémies secondaires par l'abaissement de l'index colorimétrique ainsi que du diamètre et du volume des globules rouges. Les érythrocytes que l'on rencontre chez ces malades sont donc petits et pauvres en hémoglobine ; en outre, le sérum est presque incolore.

Depuis les travaux de Naegeli on utilise dans cette affection surtout le fer réduit, à des doses qui vont parfois jusqu'à 10 grammes par jour, mais qui suscitent parfois des troubles gastrointestinaux rendant ce traitement inapplicable. Avec les autres préparations ferrugineuses on n'a pas de résultats beaucoup meilleurs et, d'une façon générale, les sels de fer sont difficiles à administrer par voie intraveineuse. Ces difficultés ont amené H. à recourir à une combinaison de fer bivalent et de vitamine C, c'est-à-dire d'acide ascorbique. Ce composé, de couleur bleue, est soluble dans l'eau à laquelle il donne une teinte bleue. La solution utilisée en injection intraveineuse représentait 10 milligr. de fer par cmc et fut toujours bien supportée en dehors d'une sensation de chaleur analogue à celle que provoquent les solutions de calcium en injection.

Il a été traité de cette manière 14 malades dont H. donne les observations. Dans l'ensemble cette dose de 10 mgr. d'ascorbinate de fer a déterminé une augmentation rapide d'abord du nombre des globules rouges puis, un peu plus tardivement, du taux de l'hémoglobine. Ces effets ont été obtenus avec des doses de fer cent ou mille fois inférieures à celles qui sont nécessaires *per os*. Des observations du même genre ont d'ailleurs été déjà faites par d'autres auteurs et notamment par Heath, Strauss et Castle. En somme cette médication intraveineuse a une action excitante extrêmement marquée. Dans ces conditions il y avait intérêt à voir si cette action excitante se manifestait également chez les sujets sains. Il a été ainsi constaté que l'injection de 5 à 20 milligr. d'ascorbinate de fer détermine une crise réticulocytaire dont l'importance et la durée sont proportionnelles à la dose injectée.

Jusqu'ici on n'a pas démontré que cette anémie sensible au fer soit réellement conséquence d'une carence de fer. Mais les recherches de H. en collaboration avec Plötner ont montré que le fer libre du sérum est très diminué chez ces malades. De plus, la lassitude, l'adynamie, les altérations des ongles et des cheveux, la glossite, les paresthésies et les troubles de la menstruation observés dans cette affection semblent bien correspondre aux symptômes qui surviennent chez les animaux soumis à un régime pauvre en fer et qui disparaissent sous l'influence du fer.

La carence de fer peut être le résultat, chez ces malades, de l'anacidité ou d'un trouble de la digestion. C'est ce que H. a observé dans 8 de ses cas sur 11 qui furent examinés à cet égard. Chez l'un d'eux l'hémoglobine augmenta au cours du traitement de 44 pour 100, ce qui correspond, pour un total de 500 grammes d'hémoglobnie, à 220 grammes de ce pigment. Or il avait été administré dans ce cas 310 milligrammes de fer qui ne suffisent que pour 93 grammes d'hémoglobine. Ainsi l'augmentation du pigment sanguin est relativement beaucoup plus importante que la quantité de fer injectée. En somme la théorie de l'irritation de la moelle ne peut pas expliquer tout, pas plus que la théorie qui considère le fer comme ayant une action matérielle et purement substitutive.

En étudiant dans 3 cas l'*index de mue* on a constaté que la moelle produisait des érythrocytes ayant une valeur biologique moindre et une vie naturellement plus courte que normalement. Sous l'influence du fer cet état de chose s'est modifié, l'index de mue est redevenu normal, parfois même à des valeurs subnormales. Cette régression de la mue se déduit également du taux des pigments urinaires qui diminuent sous l'influence du fer. En somme, il semble que les troubles de maturation existant dans la moelle osseuse ou qu'un blocage de la moelle osseuse disparaissent grâce au fer et que des globules rouges jeunes soient rejetés en abondance dans la circulation.

P.-E. Morhardt.

Ludwig Heilmeyer. ***La sphérocytose comme expression d'une fonction pathologique de la rate*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **179**, n° 3, 4 Septembre 1936, p. 292-306). — Dans l'ictère hémolytique congénital on constate, à côté de la sphérocytose observée par Naegeli, une diminution de la résistance osmotique des globules rouges. Il est assez généralement admis que ce caractère ne disparaît pas ou ne disparaît qu'incomplètement après extirpation de la rate, ce qui confirmerait qu'il s'agit bien d'une altération congénitale. Mais certaines observations semblent montrer que dans quelques cas la splénectomie peut entraîner une guérison, voire même la disparition de la sphérocytose. Pour arriver à préciser les résultats ainsi obtenus, H. a utilisé une technique qui consiste essentiellement à mesurer le volume des érythrocytes et à le diviser par la surface de manière à obtenir un chiffre correspondant approximativement à l'épaisseur idéale. Dans ces conditions la sphéricité est représentée par le rapport de l'épaisseur et du diamètre. L'index de sphéricité, calculé chez 15 personnes bien portantes, a été trouvé égal à 0,29 (avec 0,25 et 0,34 comme chiffres extrêmes), le volume étant de 85 μ. Dans ces conditions on doit considérer comme des planocytes les cellules dont l'index est inférieur à 0,25 et comme des sphérocytes celles dont l'index est supérieur à 0,35.

Cet index a été déterminé dans une série de 11 cas d'anémie par hémorragie. A plusieurs reprises il a été ainsi constaté une planocytose nette suivie, sous l'influence du fer, d'un retour à la normale.

Dans la chloranémie achylique, la diminution de l'épaisseur souvent associée à une diminution du diamètre (microplanocytose) est assez fréquente et disparaît sous l'influence du fer.

Dans l'anémie pernicieuse on a constaté de la planocytose associée à une augmentation assez considérable du diamètre (macro-planocytose).

Cet examen pratiqué dans une série de maladies diverses a montré que lorsqu'il y avait tendance à l'anémie secondaire l'index de sphéricité était toujours un peu abaissé.

Dans les cas d'ictère hémolytique, au contraire, le volume cellulaire est grand et le diamètre petit, de sorte que l'index de sphéricité peut atteindre le double de la normale et, d'après la moyenne de 8 cas, le chiffre de 0,48. Il semble donc que cette altération soit vraiment caractéristique de l'ictère hémolytique. Dans 5 de ces cas l'extirpation de la rate a rendu l'index normal. On peut donc dire que cette anomalie de forme n'est pas congénitale, mais l'expression d'un fonctionnement pathologique de la rate.

Dans 3 des cas observés par H., on a pu constater une différence morphologique nette entre les érythrocytes de l'artère et ceux de la veine splénique. Il semblerait donc que, dans les sinus de la rate, les érythrocytes soient le siège de phénomènes d'imbibition qui tendent à leur donner une forme sphérique. En dehors de l'ictère hémolytique constitutionnel, cette élévation de l'index de sphéricité a été observé par H. dans un cas de leucémie myéloïde chronique et dans un cas de myélose aleucémique. Chez une jeune fille de 19 ans, atteinte de

syphilis et présentant de la splénomégalie, on a constaté à l'entrée un index de sphéricité de 0,23, c'est-à-dire normal, auquel a succédé huit mois plus tard un index de 0,39, la rate continuant à être grosse.

Enfin, d'autres observations ont montré que la sphéricité ne peut pas être considérée comme la cause d'une augmentation de l'hémolyse : elle constitue simplement le signe d'une disposition à l'hémolyse qu'un facteur, psychique par exemple, comme le montre une observation de H., peut rendre manifeste.

En tout cas la sphérocytose est l'expression d'une altération de la rate ou du système réticulo-endothélial.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

A. Kautzky. ***Nouvelles données bronchographiques sur la dilatation des bronches*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **54**, Octobre 1936, p. 345-360). — Cet article de K. termine l'exposé des recherches faites par l'A. et qui ont été publiées dans des numéros antérieurs du journal ; il est plus particulièrement consacré aux dilatations des bronches. K. envisage les problèmes de l'étiologie, encore très discutée, et de la classification des dilatations des bronches en fonction des aspects anatomo-pathologiques et radiologiques.

Résumant ses recherches K. aboutit aux *conclusions* suivantes : La bronchographie est un procédé d'exploration inoffensif qui ouvre un vaste champ à l'exploration et a, en particulier, permis l'étude de certaines lésions au cours de la tuberculose.

Il est particulièrement intéressant d'observer le fonctionnement bronchique ou, pour mieux dire, le processus de la ventilation. L'huile iodée pénètre dans les bronches du fait de l'inspiration et de la pesanteur. Le processus inspiratoire est très rapide et s'accompagne de pauses expiratoires. Dans le cas où survient quelque trouble de la ventilation pulmonaire, l'huile iodée n'est plus alors soumise qu'à l'influence de la pesanteur et ne progresse que lentement et de manière continue. Une anesthésie, même fortement accentuée, du système bronchique, paraît à peine modifier la progression de l'huile iodée. La classification des dilatations bronchiques en fonction de leur aspect ne peut plus être considérée comme satisfaisante ; c'est ainsi que certaines formes, comme par exemple les dilatations d'un lobe collabé, commencent à être nettement connues et d'autres formes commencent à être isolées.

Les tentatives faites pour rapporter les dilatations à une étiologie définie paraissent injustifiées ; ainsi contre l'hypothèse d'une origine congénitale s'élèvent les modifications du processus au cours de l'évolution de la maladie. K. n'a que très exceptionnellement observé des sténoses vues à l'origine, et, d'après ses observations, celles-ci sont plutôt orientées vers le système alvéolaire. Les troubles de la ventilation pulmonaire sont parmi les premières manifestations que l'on peut relever au cours d'une dilatation des bronches.

Morel Kahn.

F. Mainzer, E. Yaloussis. ***Découverte radiologique d'affections pulmonaires latentes au cours de la bilharziose vésicale reconnue*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **54**, Octobre 1936, p. 373-381). — Partis de cette donnée que la bilharziose pulmonaire isolée représente une localisation anormale de l'infection causée par le « schistosoma haematobium », que cette localisation pulmonaire primitive est très fréquente à la période initiale de l'infection, mais régresse par la suite, les A. ont soumis à l'examen radiologique, au point de vue pulmonaire, 20 sujets atteints de bilharziose vésicale et dont l'appareil respiratoire était en apparence indemne.

Dans plus de la moitié des cas les A. ont pu reconnaître une atteinte pulmonaire caractérisée à l'examen radiologique, qui même, dans un quart des cas, s'avérait grave, alors que ces lésions de bilharziose pulmonaire étaient cliniquement tout à fait latentes.

Les A. décrivent les lésions qu'ils ont observées et en établissent une classification.

Différents examens de laboratoire (éosinophilie sanguine, lymphocytose) pratiqués dans les cas s'accompagnant de localisation pulmonaire ont montré que les modifications observées n'étaient généralement accentuées que lorsqu'il s'agissait d'une bilharziose à localisation exclusivement pulmonaire.

Morel Kahn.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

H. Best. ***L'amygdalectomie dans la glomérulo-néphrite aiguë diffuse*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **57**, n° 40, 3 Octobre 1936, p. 841-853). — B. a mesuré de façon suivie l'évolution de la pression sanguine chez 98 malades atteints de glomérulo-néphrite aiguë diffuse traités à la clinique de Volhard et est parvenu à distinguer trois types de courbes à la suite de cette affection Deux se caractérisent par l'apparition d'une phase d'hypotension qui fait défaut dans le troisième type. L'apparition de cette phase d'hypotension à la suite de la chute de pression qui accompagne la fin de la maladie semble être la règle quand la guérison est définitive.

L'absence de la phase d'hypotension est très souvent due à une amygdalite persistante qui peut être reconnaissable ou non cliniquement. Ce point est bien démontré par l'efficacité de l'amygdalectomie qui réussit à supprimer instantanément l'hypertension résiduelle remontant jusqu'à quatre mois en arrière et à la suite de laquelle survint encore une phase d'hypotension dans la moitié des cas. Les heureux résultats de l'amygdalectomie montrent donc qu'un effet hyper ou hypotenseur peut avoir pour point de départ les amygdales malades, que leurs altérations soient reconnaissables ou non. Dans les néphrites « cryptogénétiques » il faut donc admettre une amygdalite larvée à l'origine de la maladie rénale et pratiquer l'amygdalectomie quand la guérison tarde.

Parmi les 98 malades de B. 41 subirent cette opération. Chez 20 des opérés à une période précoce se montrèrent des symptômes passagers d'irritation : hypertension, albuminurie, hématuries, indiquant une exacerbation nouvelle de la néphrite. Chez les 21 autres qui ne présentèrent pas de signes de réchauffement de leur néphrite, l'opération ne fut faite en général que quatre semaines ou plus après la chute de la pression sanguine. L'amygdalectomie ne produisit jamais d'altérations de longue durée, même chez les 4 malades qui furent opérés au stade aigu hypertensif de la néphrite ; au contraire, on nota souvent alors une chute rapide de la pression et une amélioration.

En ce qui concerne d'autres infections en foyer, en particulier les granulomes dentaires, on ne peut mettre en évidence de semblables rapports pathogéniques.

P.-L. Marie.

REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIA (Buenos-Aires)

R. A. Bullrich. ***Traitement des douleurs de l'angine de poitrine par le venin de cobra*** (*Revista Argentina de Cardiologia*, An. **3**, n° 2, Mai et Juin 1936, p. 111). — Considérant l'action analgésique du venin de cobra B. l'a appliqué dans les douleurs angineuses. Sur 8 malades où tous les traitements avaient échoué, et sur deux autres qui n'avaient reçu aucun traitement, les résultats par la cobrathérapie par voie intraveineuse ont été favorables : ni insuccès ni accidents. Tandis que les malades ne pouvaient faire plus de 30 mètres sans souffrir, ils pouvaient faire plus de 1.000 mètres après ce traitement. Les effets disparaissent si on l'interrompt. Celui-ci est symptomatique, sans grande action sur la tension artérielle, l'électrocardiagramme et le pronostic.

V. Aubertot.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

Th. W. Baker. ***Etude clinique de 108 cas consécutifs de coma diabétique*** (*Archives of internal Medicine*, t. **58**, n° 3, Septembre 1936, p. 373-406). — B. passe en revue 108 cas de coma diabétique survenu chez 99 patients observés à la clinique Mayo de 1923 à 1934.

Chez tous ces malades, excepté 3, la réserve alcaline du plasma était de 25 volumes pour 100 ou moins lors de l'entrée à la clinique. Il y eut 17 décès (15,7 p. 100). La mortalité dans les 5 premières décades de la vie fut de 4 p. 100 ; elle s'éleva à 40 p. 100 dans les 4 décades suivantes. Seuls 3 malades succombèrent à un coma non compliqué ; la mort survint dans ces cas deux, dix et quinze heures après l'admission de ces sujets. Le plus grand nombre des comas diabétiques se produisit durant l'été, avec un maximum en Août. Parmi les patients de moins de 40 ans la répartition selon les sexes se montra sensiblement égale, mais au delà 70 p. 100 étaient des femmes. La durée moyenne des symptômes diabétiques avant le coma était de 26 mois. Dans 51 p. 100 des cas le coma se développa pendant la première année du diabète.

Dans 83 p. 100 des cas les infractions au régime, l'omission de l'insuline et l'infection jouèrent le rôle de facteurs précipitant le coma. B. discute la valeur respective des divers symptômes du coma diabétique. La respiration de Kussmaul est le plus significatif, mais elle n'existait que chez 82 p. 100 des patients. B. souligne la fréquence avec laquelle les symptômes de l'acidose diabétique non compliquée simulent ceux des affections chirurgicales aiguës de l'abdomen et cite à ce propos des observations impressionnantes concernant surtout des enfants. La leucocytose sanguine ne peut malheureusement servir alors de guide.

Il y a souvent une discordance frappante entre le degré du coma et le taux de la glycémie et de la réserve alcaline. Le pronostic final et la quantité d'insuline nécessaire dépendent plus de l'âge du sujet, de la profondeur du coma, de sa durée et de la présence d'une infection que des données fournies par le laboratoire. Deux malades ayant seulement 2 vol. p. 100 de réserve alcaline guérirent. B. insiste sur la gravité d'une azotémie élevée et de l'anurie au cours du coma diabétique. On observa 3 cas où la cétonurie fit défaut ; des faits semblables ont déjà été rapportés.

B. décrit le traitement employé. Il discute en particulier la valeur du traitement par les alcalins. Il les conseille en présence d'une hyperpnée accusée, d'une réserve alcaline très abaissée (moins de 10 vol. p. 100) et dans les cas où l'insuline ne réussit pas à relever la réserve alcaline ou à diminuer le coma, tout en agissant normalement sur l'hyperglycémie. L'allergie à l'égard de l'insuline pose un problème difficile à résoudre ; B. en a observé 3 cas.

22 malades sont décédés postérieurement à leur sortie de la clinique. Dans plus de la moitié des cas la mort résulta d'un nouveau coma, de la pneumonie et d'affections cardio-vasculaires. Très remarquable fut l'absence de la tuberculose à titre de complication. On ne la rencontra qu'une seule fois, et parmi les 50 sujets signalés comme survivants, aucun n'est atteint de tuberculose pulmonaire.

P.-L. Marie.


ODETTE ZEAU
PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES INFECTIONS A STREPTOCOQUES
par voie buccale
SEPTAZINE
(Benzyl-amino-benzène-sulfamide)
46 R.P.
PRODUIT INCOLORE INODORE INSIPIDE
MÉDICATION NON TOXIQUE BIEN TOLÉRÉE PAR L'APPAREIL DIGESTIF
Comprimés à 0gr50 (Tubes de 20)
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
SPECIA 21, RUE JEAN GOUJON PARIS (8ème)


LABORATOIRE
G. FERMÉ
22, RUE DE TURIN · PARIS
hydroxyde de bismuth radifère
amp. de 2 cc. intramusculaires
MUTHANOL

S. Weiss, R. B. Caps, E. B. Ferris et **D. Munro.** ***Syncopes et convulsions dues à la réflectivité exagérée du sinus carotidien*** (*Archives of internal Medicine*, t. **58**, n° 3, Septembre 1936, p. 407-417). — On sait actuellement que la réflectivité exagérée du sinus carotidien peut déterminer toute une série de symptômes, y compris des syncopes et des convulsions. On peut distinguer trois types du syndrome d'hyperexcitabilité du sinus carotidien, selon la voie motrice prédominante suivie par les impulsions parties du sinus : 1° Un type vagal, où les symptômes, en particulier les vertiges et la sensation de défaillance, résultent du ralentissement du cœur ; on peut reproduire l'accès caractéristique par pression sur le sinus sensible exercée durant quinze à trente secondes, l'injection intraveineuse de 1 mgr. d'atropine arrête l'accès; 2° un type dépressif, le plus rare, d'ordinaire associé à l'un des trois autres, résultant d'une vasodilatation réflexe primitive et d'une hypotension secondaire, se traduisant par des manifestations d'anoxémie cérébrale, cédant à l'adrénaline, mais non influençable par l'atropine; 3° un type cérébral, qui semble résulter d'impulsions gagnant directement le cerveau et où l'on ne constate pas de modifications significatives du rythme cardiaque ni de la pression artérielle. L'atropine et l'adrénaline restent sans action. Les symptômes d'ordre cérébral prédominent (convulsions, obnubilation, engourdissement des extrémités). Souvent ces divers types s'associent en un type mixte.

Les attaques de perte de connaissance, avec ou sans convulsions, survenant à des intervalles divers, sont le symptôme le plus commun. Elles sont d'ordinaire précédées d'étourdissements, de bourdonnements d'oreilles ou de gêne épigastrique. Elles surviennent presque toujours quand le patient est debout et sont atténuées par la position allongée. On peut les reproduire en excitant mécaniquement le sinus.

La digitale augmente la réflectivité du sinus carotidien. L'administration routinière de ce médicament avant les opérations n'est pas sans danger, surtout chez les sujets âgés.

Divers états pathologiques interviennent en renforçant la réflectivité du sinus, en particulier les névroses.

Le traitement vise à diminuer ou à abolir l'hypersensibilité du réflexe sinusal. Le type vagal et le type dépressif sont influencés par l'adrénaline et l'éphédrine, qui sont inefficaces vis-à-vis du type cérébral. Dans ce dernier type on peut envisager la dénervation du sinus qui a réussi 8 fois sur 10 entre les mains des auteurs. Ce traitement est contre-indiqué quand il existe une névrose grave accompagnée d'une diminution marquée du métabolisme basal.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Philip Piker. ***L'insuline et son action dans la cure des intoxications par la morphine et l'héroïne*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, Vol. **36**, n° 1, Juillet 1936, p. 162-170). — Le traitement de la démorphinisation par l'insuline, utilisé d'abord par Sakel, a été employé après par de nombreux auteurs avec des succès satisfaisants. P. en rapporte 10 nouveaux cas.

Ce traitement est basé sur l'appétence pour le sucre des morphinomanes, et également sur les bons résultats des opiacés dans le traitement du diabète sucré. Les morphinomanes présentent d'ailleurs une tolérance remarquable pour l'insuline qui fait penser chez eux à l'existence d'un trouble du métabolisme des hydrates de carbone. L'insuline doit être administrée à dose progressivement croissante, jusqu'à disparition des troubles physiques entraînés par le retrait brusque de la morphine.

Dans la majorité des cas de hautes doses d'insuline, jusqu'à 100 unités par vingt-quatre heures, sont bien supportées. Chez les grands morphinomanes et chez les héroïnomanes, les résultats sont peut-être un peu moins satisfaisants. Ils semblent en tout cas supérieurs à ceux obtenus avec les autres moyens thérapeutiques. Les symptômes liés au retrait du toxique sont moins pénibles. La cure est plus courte. L'état général du malade habituellement déficient est largement amélioré. Les accidents d'hypoglycémie sont tellement rares et bénins, que P. pense que la morphinomanie détermine un trouble du métabolisme des hydrates de carbone.

H. Schaeffer.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

R. Peyton, J. Kidd et **J. W. Beard.** ***Relations entre le virus causant les papillomes du lapin et les cancers qui en dérivent. I. Influence de l'espèce de l'hôte et de l'activité pathogène du virus ainsi que de sa concentration*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **64**, n° 3, Septembre 1936, p. 385-400). — Toutes les souches de virus de Shope qui, inoculées par scarifications au lapin domestique, donnèrent naissance à des papillomes exubérants, se comportent comme des agents cancérigènes par l'intermédiaire de ces tumeurs. On constate que, plus le virus est pathogène, ce qui se traduit par la brièveté de la période d'inoculation et par l'exubérance des papillomes produits, plus le cancer se développe précocement et fréquemment. De même, plus le matériel d'inoculation est concentré, et plus est rapide et fréquente l'apparition du cancer.

Les papillomes déterminés expérimentalement au moyen des méthodes d'inoculation habituelles sont essentiellement des groupements de lignées de cellules proliférantes, chacune étant l'aboutissant d'une certaine association cellule-virus. Il semble résulter de l'étude morphologique des proliférations que certaines de ces associations sont plus souvent suivies de cancer que d'autres. C'est encore une raison qui milite en faveur de l'origine locale de la malignité.

Comparés au lapin domestique, les lapins sauvages de la race « cottontail », qui sont les hôtes naturels du virus de Shope, sont bien plus résistants à ce dernier, en dépit du fait qu'il entretient une maladie endémique parmi eux. Bien qu'au début les papillomes des lapins « cottontail » croissent rapidement, ils cessent ensuite de se développer et souvent rétrocèdent ; ils subissent rarement la transformation maligne. Chez un animal seulement se montrèrent après l'inoculation, à la base de papillomes existant à l'oreille depuis près de deux ans, un épithélioma pavimenteux et un sarcome avec métastases. Il semble que le virus et le lapin sauvage soient habitués l'un à l'autre.

P.-L. Marie.

P. Rous, J. W. Beard et **J. G. Kidd.** ***Relations entre le virus causant les papillomes du lapin et les cancers qui en dérivent. II. Données fournies par les tumeurs. Considérations générales*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **64**, n° 3, Septembre 1936, p. 401-424). — Les papillomes causés par le virus de Shope envahissent parfois spontanément le tissu cellulaire sous-cutané et se propagent le long des lymphatiques comme bien des cancers du sein chez l'homme. Ils peuvent même envahir les muscles volontaires, prenant un aspect suggérant un épithélioma pavimenteux, mais finalement ils se différencient dans le sens caractéristique du papillome. De minimes interventions opératoires sur les papillomes peuvent être suivies du développement de nodules secondaires dans le poumon qui résultent d'embolies cellulaires dont l'évolution ultérieure est réglée par les mêmes conditions locales que celles qui interviennent pour les embolies cancéreuses humaines.

Les papillomes provoqués par le virus sont non seulement des néoplasmes par leur aspect et leur comportement, mais ils présentent parfois encore des caractères tendant à la malignité. Les tumeurs, y compris les cancers, qui dérivent éventuellement des papillomes chez les hôtes favorables représentent plus qu'une simple exacerbation de l'activité de la néoformation. Elles se développent en un laps de temps relativement court, mais seulement après que le papillome a poussé pendant une longue période, et elles présentent une morphologie variée, alors que le papillome qui leur a donné naissance est remarquablement constant dans sa forme. Pourtant certaines des nouvelles tumeurs ne diffèrent que peu du papillome originel, même quand elles ont la propriété de déterminer des métastases, et beaucoup continuent à être influencées par le virus

Le virus de Shope est donc puissamment conditionné dans son activité cancérigène ; cependant il est la cause la plus immédiate de cancer actuellement connue.

P.-L. Marie.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

J. Th. Leusden. ***Un cas de spirochétose bronchique*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **4**, n° 40, 3 Octobre 1936, p. 4448-4453). — A propos de cas de spirochétose soignés pendant un temps plus ou moins long dans des sanatoriums pour tuberculeux, L. donne l'observation d'un homme de 36 ans, qui à 20 ans eut une pleurésie et qui a eu récemment l'occasion de faire un voyage aux Indes Orientales où il contracta une affection fébrile de huit à dix jours de durée accompagnée d'une expectoration abondante et sanglante. Depuis lors, des poussées de ce genre n'ont pas cessé de se reproduire, malgré les cures de repos qui furent prescrites. De retour en Hollande, on constata l'existence de râles au niveau des bases et de matité au-dessous de la clavicule droite. Cependant, on ne put découvrir de bacille dans les crachats et une cure de repos de six mois dans un sanatorium fut suivie d'une aggravation de l'état du malade.

Un examen du sang pratiqué à ce moment ne permit de constater rien de caractéristique. Par contre, l'examen des crachats, dont le volume atteignait 40 à 60 cmc par jour — examen qui devait donner une réponse négative après inoculation au cobaye et culture sur le milieu de Lœwenstein — fit constater l'existence de quelques fibres élastiques et de quelques spirochètes en proportion un peu supérieure à ce qui est observé dans la bronchectasie. On procéda alors à un examen de crachats tout à fait frais, expectorés après lavage de bouche et gargarisme, et on retrouva de nombreux spirochètes et quelques rares bacilles fusiformes.

Ces spirochètes examinés sur fond noir présentaient des mouvements très vifs, mais ne tardaient pas à s'immobiliser. Leur longueur variait de 6 à 30 μ et leur épaisseur de 0,2 à 0,5 μ. Il fut possible de les cultiver, mais pas de réaliser une culture pure.

Ces recherches démontrèrent donc que ce malade n'était pas atteint de tuberculose mais présentait une spirochétose des voies aériennes, une «bronchite sanglante ». On pratiqua des injections hebdomadaires de néosalvarsan à doses croissantes de 300 à 600 mgr. Après la dernière injection, on constata une amélioration de l'état et une diminution considérable de la toux ainsi que du nombre des spirochètes dans l'expectoration. Au bout de deux mois le malade fut complètement guéri.

P.-E. Morhardt.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

G. Glass. ***Des changements qualitatifs des albumines du sang humain dans les états pathologiques*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **15** n° 20, 17 Mai 1936, p. 376-381). — Les processus pathologiques influent, non seulement sur la teneur quantitative des albumines du sang, mais ils changent également les caractères de ces albumines. Certaines affections déterminent dans la fraction hémoglobinique des changements structuraux d'ordre physico-chimique. Les preuves sont nombreuses pour l'hémoglobine. Sous l'influence de divers facteurs son point isoélectrique est modifié. On observe à la suite de la splénectomie des changements de la courbe de dissociation de l'oxygène se traduisant par les variations du facteur « n ». Au cours de certains processus anémiques on peut déceler l'existence d'une certaine quantité d'hémoglobine ne fixant pas d'oxygène. De même changent les propriétés physicochimiques des albumines du sérum. G. en recueille 4 preuves : 1° Changement du pouvoir de fixation de base des albumines et des globulines (certaines affections hépatiques évoluant avec ictère, néphrite chronique et autres); 2° différences dans le pouvoir de floculation de la fraction englobulinique par rapport à la réaction de Takata-Ara ; 3° différence dans la pression osmotique des électrodialysats des albumines. Cette constatation peut devenir intéressante pour la pathogénie des œdèmes ; 4° enfin des variations de la vitesse de décomposition hydrolytique des albumines sériques au cours de divers états pathologiques.

Il est possible que les processus pathologiques influent, non seulement sur les changements des albumines dans le sang, mais que même les albumines des tissus subissent des modifications de leurs caractères physicochimiques. FRIBOURG-BLANC.

A. Oszacki et Mlle **E. Kurzweil.** ***L'alcalose sanguine au cours des tumeurs, son importance diagnostique et pathogénique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **15**, n° 22, 31 Mai 1936, p. 413-418). — Sur un matériel clinique de 243 cas, le Prof. O. et Mlle K. constatent que l'alcalose du sang des malades atteints de tumeurs est un phénomène presque constant (97 % des cas). A la lumière de cette constatation sa présence est pathognomonique et pathogénétique. L'alcalose est la signature de l'existence de la tumeur. Elle n'est influencée ni par la durée ni par l'étendue des métastases, ni par la cachexie ou la malignité de l'évolution. Elle semble liée au métabolisme de la tumeur. Bien qu'il existe une corrélation évidente entre l'alcalose et l'existence du néoplasme, on observe le même phénomène dans les leucémies. En dehors de l'alcalose accompagnant les tumeurs on observe la précipitation de la sédimentation d'une façon constante, mais cette particularité peut se rencontrer dans d'autres états pathologiques. L'alcalose néoplasique n'a pas son origine dans les troubles des échanges gazeux. L'alcalose du sang total coïncide avec l'alcalose du plasma. Il semble que l'influence de la fraction rouge du sang sur le pH total soit plus forte dans les néoplasmes que dans d'autres affections.

Du point de vue pratique et du diagnostic différentiel on peut admettre que l'alcalose supérieure à 7,379 permet de porter le diagnostic de néoplasme avec 90 % de chances d'exactitude. Le pH inférieur à 7,36 exclut l'existence de la tumeur avec une probabilité de 95 %. FRIBOURG-BLANC.

A. Gelbard. ***Les crises épileptiques au cours de la chorée*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **15**, n° 43, 25 Octobre 1936, p. 829-831). — G. relate l'histoire clinique de deux malades atteintes d'hémichorée avec hémiparésie, compliquée de crises épileptiques. Chez la première malade, les mouvements choréiques sont apparus au début d'une grossesse et ont été précédés de deux crises épileptiques de type tonique extrapyramidal. L'interruption de la grossesse a rapidement enrayé les manifestations choréiques. Les crises épileptiques ne se sont pas renouvelées.

La seconde malade avait été atteinte antérieurement de chorée de Sydenham d'origine rhumatismale. Les crises épileptiques ont précédé une nouvelle reprise de chorée. Elles ont été du type choréiforme et ont disparu dès l'apparition d'hypercinésies choréiques.

G. souligne la rareté de l'association de la chorée et de l'épilepsie. Il ne lui paraît pas impossible que les deux processus hypercinétiques se combattent. Cette constatation a été appuyée antérieurement par trois observations rapportées par d'Abundo. Du point de vue de la pathogénie, il semble que chez les 2 malades qui ont servi à illustrer l'étude et qui présentaient de l'hémiparésie, il existait des lésions des circonvolutions de la base et des voies extrapyramidales. Le processus pathologique, qui primitivement intéressait l'hémisphère droit, a pu déterminer des lésions corticales qui ont été à l'origine des crises épileptiques. En s'étendant ensuite dans la zone sous-corticale elles ont provoqué des mouvements choréiques. A cette période les crises se sont arrêtées, probablement en raison de l'altération des voies sous-corticales indispensables dans la pathogénie des crises d'épilepsie.

FRIBOURG-BLANC.

B. Popielski. ***De la valeur de l'étude microscopique du foie dans le diagnostic de la mort par submersion*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **15**, n° 44, 1er Novembre 1936, p. 856-859). — P. constate que, dans les cas de mort par submersion, on trouve d'une façon constante de la congestion hépatique très prononcée. L'hyperhémie hépatique aiguë peut avoir une valeur importante dans le diagnostic de la nature de la mort. Les préparations histologiques révèlent l'existence de lésions congestives hépatiques, même lorsque les autres preuves anatomiques font défaut. Cependant elles ne sont pas spécifiques de la mort par submersion. Les autres variétés de mort par asphyxie produisent des lésions hépatiques analogues. FRIBOURG-BLANC.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

J. Zurkowski. ***Les bacilles diphtériques provenant du matériel clinique de Lodz sur les milieux de Clauberg*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **13**, n° 10-11, 19 Mars 1936, p. 175-182). — Z. étudie les propriétés biochimiques du bacille diphtérique et constate que les caractères des souches provenant de Lodz ne concordent pas avec les descriptions faites par d'autres auteurs travaillant sur les bacilles diphtériques de provenance différente. Z. souligne la justesse des observations de Gins qui affirme que les bacilles diphtériques font partie du même cercle dont les secteurs empiètent les uns sur les autres sans qu'on puisse trouver une limite précise entre eux. Les expériences faites sur le milieu de Clauberg prouvent que la phase épidémiologique dont provient le bacille n'est pas sans influencer sur ses propriétés biologiques. De sa longue étude expérimentale, Z. dégage la conception que les propriétés biologiques des espèces microbiennes est une notion relative qui ne vise que les agents pathogènes obtenus dans une agglomération humaine dans un rayon et un espace de temps déterminés en dehors desquels le même agent pathogène peut avoir des propriétés différentes. FRIBOURG-BLANC.

GRUZLICA
(Varsovie)

J. Stopczyk et Mlle **M. Werkenthin.** ***Fistule bronchique dans un abcès ossifluent au cours du mal de Pott cervical-dorsal*** (*Gruzlica*, t. **11**, n° 1, 1936, p. 38-43). — S. et Mlle W. rapportent l'observation d'un malade atteint de mal de Pott étendu cervico-dorsal (C5-D1) avec abcès ossifluent fistulisé. L'abcès présente une fistule externe au niveau du cou. Il communique d'autre part avec les bronches. L'appareil pulmonaire du malade ne présente aucune lésion tuberculeuse malgré le passage du pus par les voies aériennes. Cette intégrité pulmonaire peut être attribuée à l'absence de bacilles vivants dans le pus et dans les crachats.

FRIBOURG-BLANC.

Mme **J. Zgierska-Strumillo.** ***Action du pétrole sur les bactéries et particulièrement sur les bacilles tuberculeux*** (*Gruzlica*, t. **11**, n° 3, 1936, p. 235-247). — S'inspirant de la réputation populaire sur l'efficacité thérapeutique dont jouit le pétrole dans certaines régions de Pologne, Mme Z.-S. étudie l'action du pétrole et de ses composés volatils sur diverses espèces microbiennes. Il semble que le pétrole jouisse de propriétés bactéricides et dissolvantes que la chaleur augmente, vis-à-vis de diverses espèces microbiennes. Il détermine la dégénérescence du coli, du proteus, du bacille tuberculeux du type aviaire. Il arrête le développement du bacille dysentérique et du diphtérique. Son action est nulle pour le streptocoque et les protozoaires. Par contre elle est particulièrement prononcée à l'égard du bacille tuberculeux et se manifeste déjà après 24 heures.

FRIBOURG-BLANC.

PRZEGLAD DERMATOLOGICZNY
(Varsovie)

E. Sonnenberg. ***Neuf ans de traitement préventif de la syphilis par le bismuth à Lodz*** (*Przeglad Dermatologiczny*, t. **30**, n° 4, 1936, p. 244-266). — S. expose les résultats réalisés par le traitement préventif de la syphilis par l'émulsion de bismuth métallique. La nouvelle technique comporte une injection de 2 cmc 5 d'émulsion à 10 pour 100 tous les quinze jours. Ce traitement peut être prolongé indéfiniment sans dommage pour la santé des personnes intéressées. S. souligne cette tolérance à l'égard de la prévention métallo-bismuthique de la syphilis chez plusieurs prostituées qui subissent les injections de « saletrzan » depuis sept, huit et neuf ans. Les quelques échecs rares ont été observés soit chez des sujets ayant reçu une quantité insuffisante de bismuth au début du traitement, soit chez des sujets qui recevaient les injections d'une façon irrégulière.

FRIBOURG-BLANC.

MISCAREA MEDICALA ROMANA
(Craiova)

P. Nicolesco et **N. Dabija.** ***Contributions au traitement röntgenthérapique des arthrites gonococciques*** (*Miscarea medicala Romana*, t. **9**, n°s 3-4, 1936, p. 157-162). — La radiothérapie constitue une des méthodes les plus efficaces de traitement des rhumatismes en général. L'application thérapeutique des rayons X dans les arthrites gonococciques est de date récente. Hofever et Thall, Vignal et Salomon ont montré l'action favorable des rayons X sur les tissus et les formations inflammatoires en empêchant l'ankylose. Leur action résolutive et sédative est remarquable. En 1928, Goff, dans une communication à la Société d'Electricité et Radiologie, après étude d'un grand nombre de cas d'arthrites gonococciques, conclut à l'indication systématique des rayons X. Les résultats sont d'autant meilleurs que l'affection est plus tôt traitée. S'il persiste des séquelles elles seront traitées par l'ionisation, la diathermie, les rayons infra-rouges. Vignal a démontré le caractère quasi spécifique des rayons X dans les talalgies gonococciques. Une autre indication importante sont les arthrites coxo-fémorales. Fausset et Brace-Gillet en donnent un pourcentage

de 82 pour 100 sur 23 cas, Karlmetter donne 49 pour 100 de guérisons.

N. et D. rapportent 20 cas, dont 12 résultats bons : 3 arthrites du genou, 3 a. du coude, 4 arthrites radio-carpiennes, enfin 2 cas d'arthrites tibio-tars. Pour N. et D., les rayons X constituent un traitement quasi spécifique des arthrites gonococciques. Les résultats sont d'autant meilleurs que l'application est proche de la période aiguë. Dans les cas plus anciens l'ankylose est écartée. La technique de N. et D. est la suivante : Nombre des champs : 2-4. Distance : 30-40 cm. Fltrage 0,5 cm. + 1 Al. On alterne avec 3 Al. Tension 150-180 kv. 6 séances à 300 R. par champs. 1-2 séries à 20, 30 jours d'intervalle. Trait. adjuv. : diathermie, massage léger dans certains cas. HENRI KRAUTER.

M. Caucuilesco et **N. Radulesco.** ***Les maladies provoquées par les raisins*** (*Miscarea medicala Romana*, t. **9**, n°s 7-8, 1936, p. 249-257). — Les raisins peuvent provoquer toute une série d'affections et d'accidents, lesquels doivent figurer dorénavant dans les traités de pathologie au chapitre des intoxications et infections alimentaires.

C. et R. comprennent 4 groupes : *a*) *intoxications* (dues au sulfatage des vignes ; *b*) *infections* ou *auto-infections* (par les microbes qu'ils véhiculent ou qu'ils éveillent dans l'organisme) ; les deux causes peuvent d'ailleurs agir à la fois ; *c*) *troubles d'ordre mécanique* (par les grains, pellicules et pépins) ; *d*) les *contre-indications d'ordre qualitatif et quantitatif*.

C. et R. étudient dans ce premier mémoire les accidents dus aux intoxications par les substances cupriques et cupro-arsenicales, dont on arrose les vignes. La sensation astringente dans la bouche et les brûlures d'estomac dues aux raisins non ou mal lavés sont connues. La fréquence des troubles digestifs qui en résultent n'est pas rare. Ces troubles sont dus aux sulfate de chaux et à l'hydrate de cuivre. C. et R. citent 8 observations dans lesquelles on voit la fréquence *de l'action irritative locale* (bouche, estomac, intestin), les phénomènes d'intoxication lente et une observation avec intoxication grave et issue fatale. HENRI KRAUTER.

SPITALUL
(Bucarest)

N. Manicatide, C. Constantinesco et **N. Ropala.** ***Considérations sur deux cas de méningites à bacilles de Pfeiffer*** (*Spitalul*, t. **6**, n°s 7-8, p. 283-286). — M., C. et R. rapportent 2 cas de méningite à bacilles de Pfeiffer, insistant sur les difficultés du diagnostic, même après l'examen histologique du liquide céphalo-rachidien. L'étiologie est amplement exposée ; le pronostic reste grave dans presque tous les cas publiés jusqu'à présent. 8 % de guérisons sur plus de 400 cas mortels. La méningite à bacilles de Pfeiffer n'est pas une rareté car plus de 400 cas en ont été diagnostiqués. Les essais de thérapeutique par les sérums antiméningococcique, antipneumococcique et streptococcique, les vaccins, le drainage et lavages au sérum physiologique de la cavité méningée, l'abcès de fixation, furent essayés.

Dans leurs deux cas, M. C. et R. n'ont pas eu l'impression que la thérapeutique empêchait l'évolution fatale. HENRI KRAUTER.

Dem. Paulian, I. Bistriceano et **Iliesco A.** ***Les variations du pH sanguin chez l'homme sous l'action des ondes ultra-courtes*** (*Spitalul*, t. **6**, n°s 7-8, p. 286-288). — Le *pH* est un coefficient biologique qui indique la concentration en ions H d'une solution humorale. Le *pH* sanguin normal est légèrement alcalin et varie entre 7, 30, 750. Si le *pH* varie violemment et dépasse un certain degré, le mécanisme biologique peut être compromis et la vie cesse de continuer. Mais l'organisme humain présente une grande stabilité acido-basique, réglée par un automatisme où la réserve alcaline du sang joue un rôle primordial. L'effort physique diminue le *pH* sanguin. A l'état pathologique, le *pH* est diminué chez les diabétiques, néphrétiques, dans les dermatoses, leucémies, tétanie, épilepsie, etc... P., B. et I. exposent les résultats de leurs recherches sur 20 malades, à la suite des irradiations avec des ondes ultra-courtes (15 m. longueur). Dans 70 % des cas ils ont constaté une déviation vers l'acidose ; dans 25 % vers l'alcalose et 5 % ont présenté un *pH* invariable. Les différences entre le *pH* avant et après l'irradiation ont oscillé entre 0,2 et 0,3, le dosage étant fait à 23° par la méthode électrométrique. En conclusion la thérapeutique par les ondes courtes et ultra-courtes déterminant des modifications importantes du *pH* sanguin doit être appliquée avec prudence dans les affections caractérisées par l'acidose humorale (diabètes, néphrite, certaines dermatoses) et avec une grande labilité dans l'équilibre du système endocrino-sympathique.

HENRI KRAUTER.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

G. Agren et **H. Lagerlof.** ***La sécrétion pancréatique chez l'homme après injection intraveineuse de sécrétine*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **90**, n°s 1-3, 7 Octobre 1936, p. 1-30). — A. et L. ont réussi à préparer une sécrétine assez pure pour pouvoir être injectée à l'homme par voie veineuse. Avec cette sécrétine, ils ont élaboré un test de la fonction pancréatique analogue à celui de l'histamine pour la fonction gastrique.

Cette partie de leur travail n'a trait qu'au côté physiologique de cette épreuve.

Pour recueillir le suc duodénal, à l'exclusion de tout mélange avec le suc gastrique, ils ont employé un tube duodénal double, construit spécialement de façon à pouvoir être introduit aisément et qui permet de retirer quantitativement le suc duodénal. Ils ont examiné de façon fractionnée la sécrétion pancréatique de sujets normaux après injection intraveineuse de sécrétine et noté ses variations de volume, sa teneur en bicarbonate, la concentration de la bilirubine, la quantité de trypsine et d'amylase.

La répétition des épreuves chez un même sujet a donné des résultats concordants en ce qui concerne le volume du suc et la concentration du bicarbonate. Les variations dans la quantité des ferments sont un peu plus larges, mais les chiffres trouvés se montrent assez parallèles, l'amylase étant élevée quand la trypsine l'est.

D'une façon générale, à la suite de l'injection de sécrétine, se déclenche un flux abondant de suc pancréatique, d'ordinaire avant la première minute. Le volume de la sécrétion atteint son maximum en vingt minutes, souvent même en dix minutes, puis décline lentement. Parallèlement au volume la concentration en bicarbonate s'élève rapidement, avec un léger retard cependant sur le volume, puis elle s'abaisse plus lentement que le volume. L'élimination des ferments subit une marche un peu différente. Durant les dix premières minutes il y a une grande abondance de ferments, qui représente sans doute le matériel accumulé dans la glande avant la stimulation hormonale. Puis la sécrétion des ferments continue, se maintenant à un niveau un peu plus bas, mais soutenu (ferments de néo-formation).

La sécrétine agit comme cholagogue chez l'homme. Normalement cette bile est reprise par la vésicule biliaire. P.-L. MARIE.

G. Agren, H. Lagerlof et **H. Berglund.** ***L'épreuve à la sécrétine de la fonction pancréatique dans le diagnostic des affections pancréatiques*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **90**, n°s 1-3, 7 Octobre 1936, p. 272-289). — A., L. et B. ont étudié quantitativement la sécrétion pancréatique après injection intraveineuse de sécrétine, au moyen d'un tube spécial qui permet de recueillir séparément le contenu duodénal, le contenu gastrique et la salive.

Ils ont déterminé les chiffres moyens et la variabilité de fonctionnement normal du pancréas en ce qui concerne le volume, la teneur en bicarbonate, les quantités de trypsine et d'amylase.

Puis ils se sont adressés à des sujets présentant des états pathologiques.

Une première déviation de la fonction normale consiste en une diminution isolée de la production d'amylase. Ce trouble dissocié (type A) peut être réversible et survient dans la pancréatite aiguë. Il représente probablement la forme la plus légère de trouble fonctionnel décelable par l'épreuve de la sécrétine.

Une autre déviation de la normale (type B) consiste en une diminution non dissociée de la fonction pancréatique. La trypsine et l'amylase sont toutes deux diminuées, le volume peut être également diminué, la concentration du bicarbonate est moins touchée. Ce trouble est considéré comme caractéristique d'une diminution de la masse du tissu pancréatique.

Dans l'achylie gastrique on trouve une sécrétion pancréatique au niveau ou au-dessus de la limite normale supérieure ; cette hyper-sécrétion pancréatique a déjà été notée par plusieurs auteurs.

A la lumière de nombreuses observations, A., L. et B. discutent la valeur diagnostique des déterminations des ferments sanguins et de l'épreuve à la sécrétine. Les premières sont moins laborieuses, mais elles ne donnent de renseignements valables que dans les premières heures de la crise de pancréatite aiguë. De plus, l'épreuve à la sécrétine donne des informations précises sur la fonction pancréatique même quand celle-ci n'est que peu troublée, si bien qu'une épreuve normale à la sécrétine, de pair avec des ferments sanguins normaux, permettrait d'exclure toute affection pancréatique.

Les observations semblent montrer que la sécrétine peut être utilisée dans un but thérapeutique ; elle agirait alors à la manière d'un drainage, dans la pancréatite subaiguë à rechutes en particulier.

Chez les diabétiques examinés, l'épreuve à la sécrétine montra une fonction pancréatique externe parfaite, sauf dans un cas compliqué d'ictère et de pancréatite.

La technique employée permet d'obtenir simultanément des échantillons fractionnés du contenu gastrique. Chez tous les sujets normaux on constata des chiffres substantiels d'acidité gastrique chlorhydrique. L'achylie gastrique peut être diagnostiquée avec un haut degré d'exactitude durant l'épreuve à la sécrétine. Chez les sujets normaux on ne trouva pas d'augmentation du volume ni de l'acidité du suc gastrique après l'injection de sécrétine, ce qui démontre la non-identité de la sécrétine et de l'histamine ainsi que la pureté de la sécrétine utilisée.

L'étude du contenu duodénal fournit d'utiles indications sur le fonctionnement de la vésicule biliaire et, dans certaines conditions, du foie. Les auteurs ne font que les mentionner, devant y revenir dans un autre travail.

P.-L. MARIE.

S. Wahlquist. ***L'effet immédiat de la splénectomie sur la formule sanguine dans la thrombopénie essentielle*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **90**, n°s 1-3, 7 Octobre 1936, p. 81-134). — On ignore encore le mode d'action de la splénectomie qui donne souvent de si beaux succès dans la thrombocytopénie essentielle. W. a pu étudier les réactions sanguines de 7 malades splénectomisés pour cette affection et dont il relate en détail les observations. Il a employé la numération des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes, la détermination du temps de coagulation et du temps de saignement, la mesure de la résistance capillaire (Hess, Göthlin). Il rapporte en outre un cas de splénectomie dans une


PROSTATE
VESSIE
CYSTOCONE
SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DE THÉRAPEUTIQUE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE
CYSTITES
PROSTATITES
URÉTRITES
AIGÜES ou CHRONIQUES
MÉDICATION NOUVELLE
à base de
CYCLOPENTENYLMALONYLURÉE
Produit synthétique nouveau
associé à son sel d'Éphédrine
et à la Belladone totale
CYSTOCONE
SUPPOSITOIRE
CALME ET DÉCONGESTIONNE
LABORATOIRES du Dr PIERRE ROLLAND & DURET & RÉMY RÉUNIS
Dépôt pour PARIS : 127, Bd St Michel — Usine à ASNIÈRES, 15, R. des Champs

thrombopénie symptomatique post-infectieuse. Les malades ont été suivis de trois mois à cinq ans et demi.

Bien que la courbe des plaquettes à la suite de la splénectomie évolue de façon très diverse chez les différents malades, certains faits concordants se dégagent. Immédiatement après la ligature des vaisseaux spléniques ou après la splénectomie, il ne semble pas survenir d'augmentation importante des plaquettes. En règle générale il se produit une notable augmentation de ces éléments dans les premières vingt-quatre heures consécutives à l'intervention ; toutefois ce n'est d'ordinaire qu'au bout d'un jour que des chiffres normaux sont atteints. Puis le nombre des plaquettes continue à croître et atteint son maximum, qui souvent dépasse de beaucoup la normale, au bout de plusieurs jours. Chez une malade de 52 ans cependant on ne constata pas ces modifications, les plaquettes restant entre 18.000 et 85.000 sans qu'il y ait eu thrombocytose post-opératoire ; néanmoins le temps de saignement et la résistance des capillaires s'améliorèrent et la rétraction du caillot redevint normale en même temps que l'état de la malade s'amenda notablement.

Le pronostic semble d'autant plus favorable que le chiffre des plaquettes se rapproche davantage de la normale. Dans la plupart des cas de W. le résultat clinique fut très satisfaisant.

La rate extirpée était de volume normal, sauf dans un cas, où elle était notablement hypertrophiée.

Comme dans les cas rapportés dans la littérature, W. a constaté histologiquement une prolifération réticulo-endothéliale, avec de nombreux éosinophiles, principalement autour des follicules spléniques.

P.-L. Marie.

HELVETICA MEDICA ACTA

(Bâle)

W. Löffler. *La thérapeutique de l'œdème* (*Helvetica Medica Acta*, t. 3, nº 4, Septembre 1936, p 525-559). — L. remarque que le trouble mécanique était, avant Richard Bright, considéré comme la cause unique de l'hydropisie. Mais le clinicien anglais se rendit bien compte que ce symptôme était en relation d'abord avec un trouble des fonctions rénales, et aussi avec une constitution anormale du sang. Actuellement il faut d'ailleurs admettre, selon L., que, dans les échanges hydriques et dans la genèse de l'œdème, il intervient des phénomènes mécaniques (pression capillaire), osmotiques (pression des électrolytes) et oncotiques (pression des colloïdes), ou plus précisément, le quotient *sérine : globuline*. L'abandon au plasma d'une certaine quantité d'eau par les érythrocytes oxygénés intervient dans ces phénomènes, de sorte que l'on peut envisager dans les capillaires un point d'inversion où l'abandon de l'oxygène fait place à la fixation d'acide carbonique et où, à la diffusion vers les tissus, succède la diffusion vers le sang, point d'inversion qui, en cas d'œdème, se déplace au profit de la région où le plasma diffuse vers les tissus. Dans ces phénomènes intervient également non pas NaCl, mais le seul ion Na, ainsi que les équilibres de Donnan, l'électrosmose de P. Girard et enfin des facteurs endocriniens ou neuroendocriniens (pouvoir antidiurétique du lobe antérieur de l'hypophyse, thyroïde, insuline, etc...).

La thérapeutique de l'œdème a été nettement influencée par les conceptions théoriques actuelles. Cependant, la digitale, qui était primitivement considérée par Withering comme un diurétique, constitue un médicament qui ne doit pas être sous-évalué dans la thérapeutique de l'œdème, surtout quand elle est associée au repos au lit et à la réduction de boissons. Effectivement, dans les cas légers d'œdème, le repos au lit peut suffire notamment pour briser un cercle vicieux créé surtout par le facteur mécanique, l'œdème étant par sa seule présence capable de gêner la circulation générale. L'histamine qui paraît jouer un rôle dans la production de papules de dermographie n'est certainement pas un principe actif du lobe postérieur de l'hypophyse. Par contre, les recherches de Loeper sur les imidazols ont montré que ces corps interviennent.

La réduction des boissons a une action moins nette que celle du repos ; elle constitue cependant la raison des effets de la cure de Karell.

Dans les observations reproduites par L. et où les effets de ces thérapeutiques sont particulièrement nets, certains diurétiques, comme la strophantine, ainsi que le salyrgan ou le novurit, ont joué un rôle et le bilan hydrique a montré que l'élimination d'eau est devenue sous ces influences beaucoup plus importante que l'ingestion. En outre, on a constaté de la nycturie.

La diurèse provoquée par les diurétiques mercuriels souvent associés au chlorure d'ammonium diminue au fur et à mesure que progresse la déshydratation du malade. Elle a permis par ailleurs de maintenir pendant quatre ans sans œdème et capable de travailler deux des malades de L. à qui on faisait ainsi, de temps à autre, des injections associant la strophantine et le salyrgan. Les effets des diurétiques mercuriels se manifestent par une modification de la couleur de l'urine qui devient très claire, et par une mobilisation du chlorure de sodium des tissus au point que parfois l'élimination de ce sel devient 40 fois supérieure à ce qu'elle était auparavant. Dans certains cas, ces médicaments agissent mieux une fois que l'œdème a commencé à présenter un certain degré de détente qui intéresse, non seulement, le tissu cellulaire sous-cutanée, mais aussi les reins, qui facilite la circulation et qui permet ainsi au salyrgan d'exercer plus rapidement ses effets. Ces diverses observations montrent clairement jusqu'à quel point il est nécessaire, même chez un malade qui présente de l'œdème cardiaque, de prescrire un régime sans sel, ce qui confirme la théorie de Widal.

On arrive à renforcer la diurèse provoquée par les diurétiques mercuriels, d'abord en faisant précéder ces médicaments par une cure de digitale. On ne connaît d'ailleurs pas encore bien le mécanisme par lequel ces diurétiques agissent. Leurs effets sur la pression colloïdosmotique sont variables, de sorte que, d'après Paul Meyer, les anomalies de cette pression ne sont pas des facteurs essentiels de l'œdème. On a admis que ces diurétiques ne commencent à produire leurs effets qu'après s'être combinés aux acides biliaires dans le foie. De fait, certains acides biliaires se montrent de puissants diurétiques. D'autre part, l'injection de salyrgan dans la cavité péritonéale ou dans la cavité pleurale en cas d'épanchement provoque parfois une diurèse plus importante que l'injection intraveineuse. Enfin les acidifiants et notamment le chlorure d'ammonium rendent l'action des sels mercuriels beaucoup plus marquée. Un glucoside d'helleborus nigra s'est montré également doué d'un pouvoir diurétique marqué.

Dans la néphrose le diurétique de choix est constitué par l'urée. Ainsi chez les malades qui sont atteints de cette maladie, il n'y a pas en lieu de réduire fortement la consommation des protéines, d'autant que les pertes de protéines par l'urine peuvent être fort élevées.

Dans certains cas d'œdème thyrogène qu'il ne faut pas confondre avec le myxœdème, les préparations de thyroïde ont souvent une action puissante. La thyroïde agirait en réalisant une désimbibition des tissus. L'insuline, qui, associée au bicarbonate de soude, provoque parfois chez les diabétiques un œdème modéré, possède aussi une certaine action sur les échanges hydriques, action qui, comme celle du lobe postérieur de l'hypophyse, est antagoniste de celle de la thyroïde.

En terminant L. rappelle que Bright avait déjà eu connaissance de l'action diurétique du mercure. Les diurétiques mercuriels doivent être toujours essayés en cas d'œdème à condition qu'il n'y ait pas insuffisance renale.

P.-E. Morhardt.

K. Rohr. *Clinique et thérapeutique de la sprue indigène* (*Helvetica Medica Acta*, t. 3, nº 5, Octobre 1936, p. 677-684). — La sprue non tropicale ou indigène qui a été décrite en 1932 par Hess-Thaysen est considérée comme une affection rare. Mais R. la croit assez fréquente, car depuis 1929 on en a observé à la clinique universitaire de médecine de Zurich 12 cas certains. Le symptôme caractéristique est constitué par des selles volumineuses, présentant une fermentation importante et de couleur claire, symptôme vraisemblablement dû à un trouble de la résorption des graisses et accompagné d'amaigrissement, d'anémie plus ou moins sévère, ayant parfois un caractère pernicieux, de troubles endocriniens, d'adynamie, de pigmentation, d'hypotension, de tétanie, d'augmentation du métabolisme de base, etc. Dans tous les cas observés par R. il y avait anémie pernicieuse. Mais on découvrit également des faits d'anémie hypochrome. Effectivement l'anémie pernicieuse ou mégalocytaire de la sprue est caractérisée par le fait qu'elle s'accompagne souvent de certains signes d'anémie secondaire par manque de fer, que la bilirubine n'est pas en excès dans le plasma et enfin qu'on trouve en abondance des corpuscules de Jolly dans les érythrocytes. En outre, il y a souvent atrophie de la rate.

Malgré la sévérité de l'asthénie, le métabolisme de base dépasse souvent la normale de + 20 à + 30 pour 100. En outre, la courbe de la glycémie provoquée est remarquablement aplatie, ce qui, d'après Verzar, aurait pour origine un trouble de la résorption du glucose.

Les désordres endocriniens donnent souvent à la maladie les caractères d'un addisonisme fonctionnel accompagné notamment de pigmentation cutanée. Les symptômes de tétanie s'observent également. En somme on doit distinguer dans la sprue trois groupes de symptômes dus à : 1º l'affection du tractus intestinal ; 2º la carence de vitamines ; 3º des troubles endocriniens, symptômes auxquels R. ajoute une disposition constitutionnelle, car il a vu la sprue survenir chez une mère et chez son fils. La prédominance de l'un ou de l'autre de ces groupes de symptômes peut faire prendre à la maladie un aspect spécial.

Au point de vue thérapeutique la sprue est facilement influençable d'abord par l'hépatothérapie parentérale (trouble de résorption du principe antipernicieux), et par un régime très strictement dépourvu de graisse mais riche en légumes et en fruits, associé à du calcium et à des vitamines. On arrive ainsi à supprimer les troubles intestinaux d'ailleurs longtemps après que les symptômes anémiques ont eux-mêmes disparu. Des tentatives faites avec des extraits surrénaux ou avec de la lactoflavine (vitamine B_2) n'ont pas donné de résultat.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MEDECINE (Paris)

Riser et Planques (Toulouse) ***Drainage simple et drainage forcé du liquide céphalo-rachidien (expérimentation et applications cliniques)*** [*Annales de Médecine*, t. **40**, n° 4, Novembre 1936, p. 317-354]. — Le drainage simple du liquide céphalo-rachidien donne lieu à un écoulement ininterrompu qui se maintient régulièrement pendant des heures et même des jours à un taux constant ensuite. Pendant le drainage s'observe de façon constante une augmentation de l'albumine et des cellules, les chlorures ne sont pas modifiés sensiblement, la tension artérielle subit un fléchissement tardif, prolongé, suivi d'un retour à la normale. Le drainage n'est pas sensiblement modifié par l'injection intramusculaire d'histamine ou d'acétylcholine, à des doses où elles produisent de bruyants effets physiologiques. Il est sensiblement et passagèrement augmenté par la théobromine, parallèlement à la réaction diurétique provoquée par cette drogue.

La méthode du drainage forcé de Kubie est une application originale des travaux de Weed et M. Kibben sur les rapports entre la quantité du liquide céphalo-rachidien et la pression osmotique du torrent circulatoire. L'écoulement spontané du liquide céphalo-rachidien chez l'homme et chez l'animal se poursuit pendant des heures par l'aiguille lombaire ou sous-occipitale, au rythme de 2 à 5 cmc. par heure, après écoulement de la plus grande partie du liquide préexistant. Ce rythme est considérablement augmenté, de 100 à 200 pour 100, si on introduit dans les veines un sérum hypotonique à 4,5 pour 100. C'est ce qu'on appelle alors le drainage forcé de Kubie.

Ce drainage peut être prolongé pendant quelques heures ; il peut être répété à plusieurs reprises. Il n'est pas accentué par l'acétylcholine ou l'histamine introduite dans le torrent circulatoire à très fortes doses pendant un temps suffisant. Il est sans influence sur la barrière hémato-méningo-encéphalique.

Qu'il y ait écoulement spontané ou drainage forcé, on remarque un fait constant vers la 3e ou 4e heure : c'est l'apparition dans le liquide d'une hyperalbuminose et d'une lymphocytose notables. Kubie pense que c'est là une des meilleures preuves du drainage vers les méninges molles du liquide interstitiel intraparenchymateux, d'où les applications thérapeutiques qu'il a proposées dans différentes maladies diffuses du système nerveux, aiguës, subaiguës ou chroniques.

La méthode a été appliquée au traitement des méningites puriformes septiques, de la chorée, de la poliomyélite aiguë, de la paralysie générale, de la sclérose en plaques. Les résultats, d'après les auteurs américains, sont assez variables, tantôt très brillants, tantôt nuls. Les résultats obtenus par R. et P. dans ces mêmes maladies sont peu encourageants; de plus, il s'agit d'un traitement pénible et difficile à mettre en œuvre.

Il ne semble pas qu'on doive adopter entièrement la théorie de Kubie sur le drainage forcé. La production importante de liquide qui suit l'injection du sérum existe bien, mais ce liquide paraît essentiellement provenir des plexus choroïdes et des vaisseaux méningés superficiels ; il n'y a pas drainage du parenchyme dans le sens véritable du mot ; c'est ce qui explique les échecs certains de cette méthode qui, pour l'instant du moins, ne doit pas entrer dans la pratique courante.

L. Rivet.

REVUE DU RHUMATISME (Paris)

Langeron et Geneau. ***Contribution à l'étude de l'action des interventions parathyroïdiennes dans les rhumatismes chroniques*** (*Revue du rhumatisme*, t. **3**, n° 9, Novembre 1936, p. 753-767). — L. et G. apportent le résultat de 16 interventions sur les glandes parathyroïdes dans des rhumatismes chroniques chez des sujets de 33 à 74 ans (13 hommes, 3 femmes). Dans un cas, il y eut extirpation du tissu parathyroïdien, d'ailleurs normal à l'examen histologique, 15 fois l'intervention consista en une exploration suivie d'artériectomie thyroïdienne ou plus souvent de sympathicectomie chimique (isophénolisation).

Au point de vue de la suppression des douleurs et de la restauration subjective de la fonction, on n'a obtenu 5 fois aucun résultat, 10 fois un résultat satisfaisant (persistant 3 ans dans 2 cas), et enfin un résultat partiel.

Si l'on envisage les formes cliniques, on trouve 1 rhumatisme infectieux: 1 échec; 1 polyarthrite ankylosante et ossifiante, 1 succès; 9 coxarthries: 7 succès, 2 échecs; 3 arthropathies du genou: 1 succès, 2 échecs; 1 spondylose rhizomélique : 1 succès ; 2 rhumatismes vertébraux associés à la maladie de Dupuytren: 2 succès. Le taux initial de la calcémie ne semble pas indispensable à connaître, il était presque toujours normal ou subnormal. Après l'intervention, la calcémie s'abaisse plus souvent qu'elle ne s'élève, mais en restant dans les limites physiologiques. Le bilan calcique est aussi indifférent.

Les indications de la chirurgie parathyroïdienne paraissent plus cliniques que biologiques, surtout empiriques. L. et G. n'ont pas eu l'impression de modifier sensiblement un état d'hyper- ou d'hypoparathyroïdie. L'isophénolisation simple de la région donne d'aussi bons résultats que des interventions plus complètes. Le caractère immédiat des améliorations et les modifications observées au niveau de l'articulation font songer que ces opérations sont plus sympathiques qu'endocriniennes. Il semble difficile d'interpréter autrement que par des actions vaso-motrices à distance des résultats aussi rapides et irréguliers.

La bénignité extrême de ces interventions autorise leur emploi. Les 2/3 des résultats sont immédiats et purement fonctionnels, sans modifications anatomiques appréciables à la radiologie. Les formes justiciables de l'intervention sont les cas chroniques du type dégénératif, en particulier la coxarthrie, à l'exclusion des formes infectieuses et évolutives.

Robert Clément.

TOULOUSE MEDICAL

Ch. Bucher. ***Les manifestations d'hyperthyroïdie dans le goitre plongeant et dans le goitre endothoracique*** (*Toulouse Médical*, t. **37**, n° 22, 15 Novembre 1936, p. 721-745). — Le goitre endothoracique se traduit d'une part par des signes physiques, en rapport avec l'augmentation de volume de la glande, des signes de compression et des symptômes relevant de troubles sécrétoires. Il est en général difficile de dire si l'hypertrophie glandulaire est antérieure ou contemporaine à l'apparition des manifestations d'hyperthyroïdie.

Ce sont, en l'absence de goitre cervical, soit les signes d'hypertrophie, soit les signes d'hyperthyroïdie qui orientent le diagnostic vers une origine thyroïdienne médiastinale. Selon la prédominance symptomatique, on peut distinguer une forme cardiaque et une forme nerveuse.

Si la guérison spontanée du basedowisme est possible, il n'y a pas tendance à la régression spontanée du goitre. Tantôt il persiste sans altérations des éléments de sa loge, tantôt il s'accompagne, au bout d'un temps plus ou moins long, de troubles fonctionnels qui s'aggravent parfois jusqu'à menacer l'existence. (Asphyxie par spasmes glottique, syncopes par compressions nerveuses, suffocation par sténose trachéale.)

En dehors des complications liées à la thyrotoxicose, la forme plongeante ou endothoracique d'hypertrophie thyroïdienne expose à des complications mécaniques, toujours sérieuses. Ce sont des troubles laryngo-trachéaux (voie gutturale par congestion du larynx, parésie des cordes vocales par compression du nerf laryngé supérieur, dyspnée paroxystique, bitonalité de la voix, toux quinteuse par spasme de la glotte, voix rauque ou dyspnée progressive par sténose trachéale ou bronchique), des signes broncho-pulmonaires (dyspnée, catarrhe bronchique, etc...), des troubles cardio-vasculaires d'ordre mécanique ou nerveux, enfin des symptômes nerveux par compression du sympathique, du plexus brachial, du pneumogastrique et la dysphagie par compression œsophagienne.

Le traitement médical seul se trouve justifié ici ; le traitement chirurgical constitue une intervention délicate dans le goitre plongeant et paraît contre-indiqué dans le goitre endothoracique.

Robert Clément.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE (Berlin)

W. Neuweiler. ***Vitamine C et placenta*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **162**, fascicule 3, 23 Octobre 1936, p. 384). — La vitamine C est extraite du placenta, de préférence par l'acide sulfosalicylique à 8 pour 100. Le dosage se fait, ensuite, soit par la méthode de Harris à l'indophénol qui a l'inconvénient de ne pas être spécifique, soit par la méthode de Bonsignore au bleu de méthylène qui est délicate, soit par la méthode de Fujita à l'acide sulfurique et au wolframate de soude qui risque d'être influencée par les substances servant à l'extraction.

L'addition de placenta à un régime, par ailleurs carencé en vitamine C, empêche les animaux de succomber.

La teneur du placenta en vitamine C est plus élevée dans la partie maternelle que dans la partie fœtale. Elle varie très nettement avec l'abondance de vitamine dans la ration et il y a lieu de prévoir une alimentation adéquate de cette substance.

L'auteur rapporte l'exemple d'une vomisseuse que l'on dut faire avorter à trois mois : son placenta contenait 2,8 milligr. d'acide ascorbique pour 100 gr. de placenta, au lieu de 25 milligr. dans un placenta témoin du même âge de grossesse. L'inanition maternelle avait, donc, eu pour effet d'empêcher le stockage placentaire de vitamine C.

La vitamine C s'accumule dans le revêtement syncytial. Si le placenta en contient, c'est pour assurer l'approvisionnement du fœtus.

Henri Vignes.

DER CHIRURG (Berlin)

H. Hanke (Freiburg i. Br.) ***Nécrose des extrémités des doigts après intervention pour maladie de Dupuytren, pratiquée à l'anesthésie locale. Etude de l'action nocive de l'adrenaline*** (*Der Chirurg*, t. **8**, n° 17, 1er Septembre 1936, p. 684-687). — H. rapporte l'observation d'un malade

âgé de 50 ans, atteint d'une maladie de Dupuytren, bilatérale, indemne de toute lésion artérielle périphérique. L'intervention pratiquée d'abord sur la main gauche est menée sous anesthésie locale (40 cmc de novocaïne à 1 pour 100 à laquelle on adjoint extemporanément IV gouttes d'adrénaline). Pas d'hémostase préventive. L'ablation de l'aponévrose palmaire est faite presque sans hémorragie. Le lendemain, on constate un gonflement de l'extrémité des 3e et 4e doigts, suivi d'une nécrose progressive. Au bout de quelques semaines, l'escarre est éliminée. H., après avoir éliminé l'hypothèse d'une compression par le pansement, de l'infection et de troubles vaso-moteurs ou tropho-névritiques, conclut que la névrose a été due à l'action de l'adrénaline. Il pense que l'élimination de l'adrénaline aurait été retardée à cause de l'insuffisance de la circulation de retour dans un tissu scléreux. Il considère qu'il faut s'abstenir de l'adjonction d'adrénaline dans tous les cas où la vitalité des tissus est compromise, et dans les interventions portant sur des régions dans lesquelles l'élimination de l'anesthésique est lente (doigts, orteils, pénis).

Dans tous ces cas, il conseille de remplacer la solution de novocaïne-adrénaline par un anesthésique du genre pantocaïne où l'association de l'adrénaline n'est pas nécessaire.

J.-Ch. Bloch.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Kaiser. ***Traitement de la tuberculose chez les diabétiques*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **76**, nos 2 et 3, 1936, p. 103-113). — A propos de 6 observations concernant des tuberculeux diabétiques qui succombèrent tous les 6 à une hémoptysie foudroyante, K. se demande s'il s'agit de coïncidences et conclut par la négative. Ces raptus hémoptoïques ne sont pas le fait du diabète lui-même, mais sans doute la conséquence du traitement insulinique qui semblerait ainsi exercer une action spécialement nocive chez les tuberculeux âgés. Il faut donc, dans de pareilles éventualités, essayer de se passer complètement de l'insuline, et, si celle-ci est indispensable, n'y recourir qu'à petites doses et de manière très progressive. Des observations, des radios et des courbes illustrent cet article.

G. Basch.

Fischer. ***Recherches expérimentales sur l'accélération spécifique du temps de sédimentation globulaire chez les tuberculeux à la suite d'adjonction de tuberculine et d'irradiation*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **76**, nos 2 et 3, 1936, p. 138-146). — Quelques auteurs (Starlinger, Hermann, Lenzi) ont cherché à obtenir chez les tuberculeux des courbes spécifiques de temps de sédimentation par adjonction au sang d'une certaine quantité de tuberculine brute. F. a repris les expériences de Lenzi et n'a pas pu vérifier les conclusions de ce dernier. L'adjonction de tuberculine brute au sang du malade exerce une action ralentissante sur le temps de sédimentation à la température de 20°, mais cette action s'atténue quand la température monte. Ces variations sont constatées également chez les témoins, ce qui leur enlève toute spécificité. A une température constante, l'appoint de tuberculine à des doses variables agit comme accélérante en petite quantité, et freinatrice en grande quantité. Quand on soumet à l'action des rayons les tubes dans lesquels se fait la sédimentation, sans adjonction de tuberculine, il n'y a pas de variation perceptible ; quand on ajoute la tuberculine, on observe un ralentissement de la V.S. dans 90 pour 100 des cas de tuberculose active. Il y aurait donc là une sorte de réaction spécifique.

G. Basch.

J. Koch. ***Signification des « foyers circulaires » pulmonaires au cours de la tuberculose*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **76**, n° 4, 1936, p. 225-237). — K., s'appuyant sur 9 observations anatomo-cliniques, a recherché avec quelles autres manifestations tuberculeuses coïncidaient habituellement ces foyers circulaires et si d'autres conditions semblaient plus spécialement en rapport avec cet aspect particulier de tuberculose.

Histologiquement, on est frappé par 2 points : la caséification massive à l'intérieur du foyer et la délimitation bien nette de ce foyer par une capsule conjonctive épaisse.

Dans la grosse majorité des cas, on observe d'une part des localisations tuberculeuses dans le territoire de la grande circulation (reins, colonne vertébrale, cerveau, etc.) et, d'autre part, des manifestations tuberculeuses pulmonaires associées diverses, mais toutes assez disséminées et étendues.

Enfin, les modes de terminaison (méningite basilaire, tuberculose miliaire généralisée, tuberculose laryngée, etc.), s'ajoutant aux constatations précédentes, semblent confirmer que les foyers en question s'observent au cours de tuberculose généralisée ou tuberculose « hématogène ».

L'étude des différents cas montre en outre que la maladie est marquée par 2 ou 3 grandes étapes. Il semble que le très long contact du virus avec les humeurs du malade suscite dans l'organisme la capacité réactionnelle nécessaire à la formation des foyers (réaction qui se traduit dans les poumons par la constitution d'une forte barrière autour de l'infection), mais en même temps l'état d'allergie spécifique qui, si la barrière vient à céder, permet l'agression massive du bacille de Koch, entraînant une infiltration et une fonte caséeuse de tout le tissu conjonctif.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Lorenz. ***Un cas d'intoxication par absorption de camphre « per os »*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 26, 26 Juin 1936, p. 816-817). — Il s'agit d'une couturière, qui, ayant absorbé 20 grammes de camphre en nature, à titre d'abortif, tomba au bout de quelques heures dans un état de demi-coma, entrecoupé de crises épileptiformes avec une phase convulsive et une phase tonique. L'haleine avait une forte odeur de camphre, et l'examen ne montrait qu'un état de contracture avec hyper-réflectivité généralisée et signe de Babinski bilatéral. Malgré l'importance de la dose ingérée, la tension artérielle était normale et il n'y avait pas de troubles respiratoires ou autres. La malade subit un lavage d'estomac qui ramena une assez grande quantité de camphre ; le sommeil fut facilement obtenu par l'administration d'un suppositoire de 0 cmc 10 de Luminal et tout rentra dans l'ordre en vingt-quatre heures.

La bénignité de l'intoxication serait imputable pour L. au peu de solubilité du camphre dans l'eau, une grande partie du camphre ingéré n'étant pas absorbée par l'organisme.

G. Basch.

Feurstein. ***Traitement de la maladie de Dupuytren par le radium*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 36, 4 Septembre 1936, p. 1090-1092). — F. a expérimenté sur lui-même l'action de petites applications de radium dans la maladie de Dupuytren (rétraction de l'aponévrose palmaire) et, en raison des excellents résultats obtenus, a traité par la suite 8 malades atteints de cette affection. Il résume les cas observés, et conclut que la Radiumthérapie est la méthode de choix pour le traitement de la maladie de D. En effet, quand cette infirmité est traitée à la période de début, soit qu'il n'existe encore que des nodules fibreux dans l'aponévrose, soit qu'il y ait déjà un certain degré de rétraction avec une flexion des doigts de 20 à 30°, on obtient non seulement un arrêt de l'évolution, mais une régression avec disparition de toute gêne fonctionnelle.

Dans les cas sévères, où l'on est amené à pratiquer un traitement chirurgical, la radiumthérapie faite après l'opération améliore considérablement les résultats obtenus.

F. fait en moyenne 6 applications d'une cinquantaine de minutes par champ, à l'aide d'un appareil de Radium moyennement filtré et mis au contact des lésions. Les séances sont séparées par des intervalles de deux à quatre, puis de six à dix semaines.

G. Basch.

Kopetsky von Rechtperg et **Ohler.** ***Combien de temps les scarlatineux doivent-ils être isolés ?*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 39, 25 Septembre 1936, p. 1199-1205). — R. et O. rappellent en premier lieu que la malignité de la scarlatine est en décroissance en Europe Centrale comme dans les pays nordiques et l'Amérique du Nord ; en Autriche, en particulier, la mortalité par scarlatine a passé de 4,9 pour 100 (1920) à 1,15 pour 100 (1933-1935).

Ils donnent ensuite les résultats d'une statistique importante, portant sur les cas de contamination par les scarlatineux rendus à leur famille après l'isolement légal de quarante jours, et englobant à peu près tous les cas observés à Vienne de 1926 à 1935. Pendant les neuf derniers mois en particulier tous les scarlatineux quittant l'hôpital ont été examinés en détail, et toutes les particularités concernant leur état ont été notées. De ces statistiques il résulte les faits suivants : 1° Sur l'ensemble des cas de scarlatine (12.821), on observe un pourcentage de 3,3 pour 100 de « contamination de retour ». *Cette proportion n'est pas inférieure à celle qui est observée dans les pays où l'isolement est de trente jours.*

2° Comme l'ont dit certains auteurs anglais, la « contamination de retour » semble bien être plus particulièrement due aux scarlatineux venant de l'hôpital : en effet le pourcentage de contamination après la période d'isolement par les malades soignés en ville n'est que de 0,87 pour 100.

3° La prolongation de la contagiosité de la maladie peut être le fait de 2 causes : soit l'existence d'une *complication* et plus particulièrement d'une suppuration même minime, ou d'un peu d'infection des voies respiratoires, soit *la gravité particulière* du cas de scarlatine.

R. et O. concluent que l'isolement de quarante jours est trop long pour la majorité des scarlatineux, c'est-à-dire tous les cas simples sans complications secondaires. Par contre il est trop court dans un certain nombre de cas. Ils proposent de modifier le décret existant sous la forme suivante :

« L'isolement des scarlatineux est obligatoirement d'une durée de quatre semaines à partir du début de la maladie ; il pourra être prolongé par le médecin traitant, ou par le médecin contrôleur, jusqu'à la disparition de tous signes cliniques pouvant constituer un danger de contamination. »

G. Basch.

Norio Ogata. ***La « rickettsiathérapie » de la neurosyphilis*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 40, 2 Octobre 1936, p. 1225-1228). — O. rappelle que depuis la découverte de la malariathérapie par Wagner-Jauregg, on a tenté de substituer au plasmodium divers microorganismes pyrétogènes, tels que le spirochète de la fièvre récurrente ou le spirochète d'origine murine. Les progrès récents faits dans l'étude des rickettsia, et les résultats des recherches personnelles de l'auteur, lui ont suggéré l'idée que certaines formes pouvaient constituer d'excellents agents de pyrétothérapie : éliminant les espèces qui déterminent des affections sévères, et, d'autre part, les nombreuses espèces non pathogènes, il retient deux races de Rickettsia : le R. de la fièvre des tranchées, et le R. de la fièvre bouton-

neuse bien connue au Japon. Ce dernier en particulier, à part les accès de fièvre intense, n'entraîne aucune manifestation morbide sérieuse, et en tout cas, on possède un sérum susceptible, dans les quelques cas où cela peut être nécessaire, d'arrêter l'évolution de la maladie. Comme il s'agit de maladies contagieuses, il faut naturellement isoler le patient et prendre les précautions d'usage.

G. Basch.

Rosenberg et Berliner. ***Contribution à la Pathogénie de la soi-disant « Lipodystrophie insulinique » (A propos de la fonte graisseuse traumatique)*** [*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 41, 9 Octobre 1936, 1253-1256]. — Depuis 1926 on décrit avec Depisch des zones de résorption graisseuse au voisinage des injections d'insuline chez les diabétiques, sous le nom de lipodystrophie insulinique. Plus fréquente chez les femmes, elle est attribuée par les uns à une action hormonale de l'insuline (sorte de digestion locale de la graisse « brûlant au feu des hydrates de carbone contenus dans les tissus et dans les vaisseaux avoisinants »): pour d'autres, il s'agit d'un processus d'irritation locale dû peut-être à certaines impuretés contenues dans l'insuline, telles que le tricrésol. R. et B. ont cependant observé semblables accidents à la suite d'injections d'insuline absolument pure. Ils rapportent un certain nombre d'observations concernant des femmes non diabétiques ne subissant aucun traitement insulinique et présentant des zones d'atrophie graisseuse tout à fait comparables à la lipodystrophie insulinique. Ces zones correspondent à un traumatisme habituel, souvent d'ordre professionnel. On en déduit que c'est le traumatisme de la piqûre et non le corps injecté qui donnerait lieu au phénomène.

G. Basch.

H. Zondek. ***Perturbations du métabolisme du calcium peut-être d'origine centrale (« Transostose » centrale)*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 42, 16 Octobre 1936, p. 1282-1286). — La question de l'influence du système nerveux central sur le métabolisme du Ca est complexe: en effet, si le rôle du lobe antérieur de l'hypophyse a été bien démontré par les travaux de Z. et par ceux de Cushing, on peut se demander si, par analogie avec ce qui se passe pour les autres corps, il n'existe pas également un centre nerveux autonome, régulateur du métabolisme calcique. C'est ce problème que Z. tente d'élucider, en recherchant si, en l'absence de toute lésion hypophysaire, il est possible d'observer des manifestations cliniques traduisant un trouble du métabolisme du calcium, d'origine cérébrale.

Il relate d'abord le cas d'une femme sujette à des accès violents de migraine coïncidant avec des poussées transitoires d'hypertension intracranienne, et à l'acmé desquels apparaissait une hypercalcémie passagère (17 milligr. 8), cas prouvant qu'une hypertension intracranienne peut influencer le métabolisme du calcium.

Puis Z. publie les observations de 3 femmes présentant des anomalies du squelette et chez lesquelles certains symptômes pouvaient faire penser à l'origine cérébro-hypophysaire des lésions. S'appuyant sur ces observations et sur un 4e cas inédit, il décrit le syndrome suivant : il s'agit de sujets du sexe féminin, se plaignant de douleurs dans les jambes, le dos et les reins, d'une céphalée intense et d'une faiblesse croissante. On constate chez elles l'existence d'une atrophie osseuse portant sur toutes les parties de l'os, atteignant de préférence les os longs, mais aussi les vertèbres, le bassin, les os du carpe et du métacarpe, en somme d'un aspect qu'on pourrait étiqueter ostéomalacie, si en un ou plusieurs autres points du squelette, on ne trouvait au contraire des images de densification osseuse rappelant la mélorhéostose. A côté de ces signes majeurs, on peut observer des paresthésies, des troubles circulatoires à type S. de Raynaud, une tendance psychasthénique, un certain degré d'adiposité ou de maigreur ; enfin, des signes d'intensité variable traduisant une hypertension intracranienne transitoire, ou même un œdème cérébral. Chez ces malades, le taux de la calcémie est à la limite supérieure de la normale, atteignant même dans un cas 14 milligr. 8.

Si certains de ces symptômes traduisent des altérations de l'hypophyse, les signes d'hypertension intracranienne considérable plaident en faveur d'une lésion des centres nerveux, et Z. croit possible que les troubles du fonctionnement hypophysaire ne soient que secondaires à l'hypertension intracranienne.

En ce qui concerne les aspects contradictoires observés au niveau du squelette, Z. se demande si une même excitation hormonale ne peut pas produire des effets contraires, de même que, au cours d'un Basedow, on peut voir apparaître des signes de myxœdème, ou de même qu'avec des injections d'extrait parathyroïdien à l'animal, Selye a obtenu suivant les doses, une excitation des ostéoblastes ou des ostéoclastes.

Le traitement devra porter avant tout sur l'hypertension intracranienne (au besoin par une P. L.). En outre, il consistera en administration d'extrait parathyroïdien par voie sous-cutanée (environ 25 unités Colip, 3 fois par semaine), et de vitamine D.

On obtient une rétrocession rapide des symptômes subjectifs et une recalcification. L'ostéosclérose n'est pas modifiée.

G. Basch.

Edelmann. ***Sur un syndrome hépato-pancréatique non encore décrit, et déterminé par la présence de suc pancréatique dans le sang circulant*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 44, 30 Octobre 1936, p. 1336-1339). — E. a observé le syndrome en question chez de nombreux malades atteints depuis longtemps d'une affection chronique de pancréas. A côté des troubles abdominaux primitifs, inhérents à la maladie constatée, on voit apparaître soudainement des symptômes nerveux de plusieurs ordres; d'une part des signes traduisant l'atteinte du système nerveux central et l'existence de foyers multiples à localisations diverses, aussi bien dans l'encéphale que dans la moelle; d'autre part, des signes de polynévrite répondant à l'atteinte du système nerveux périphérique ; des troubles psychiques du type du S. de Korsakoff; enfin, des altérations de l'appareil vestibulaire (troubles de l'équilibration, vertiges, inexcitabilité calorique). Ces symptômes s'accompagnent d'un amaigrissement massif, et d'une atrophie cutanée avec hyperkératose folliculaire. Il semble que, de même qu'un obstacle dans les voies biliaires entraîne un ictère par rétention, de même, dans certaines conditions, le suc pancréatique arrêté par une obstruction ou une compression des voies normales d'excrétion puisse passer d'abord dans le système porte, déterminant ainsi des lésions hépatiques, puis dans la grande circulation. Ce serait ce suc qui, soit par lui-même, soit par les ferments toxiques engendrés par sa présence au niveau de certains organes, du foie en particulier, aurait une action ecto-dermotrope, s'exerçant donc électivement sur le système nerveux et la peau.

G. Basch.

Fellinger et Hochstadt. ***Pouvoir antithyroïdien de la Vitamine A*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 44, 30 Octobre 1936, p. 1339-1340). — F. et H. ont utilisé pour leurs recherches des cobayes, qu'ils ont alimentés pendant 10 jours avec de la vitamine A (1.800 unités quotidiennes) puis auxquels ils ont administré, pendant 3 jours, 2 unités quotidiennes d'hormone thyréotrope. Des animaux témoins ont ingéré la même dose d'hormone, mais ont été nourris préalablement avec de l'huile. L'examen histologique des corps thyroïdes des animaux a montré que la vitamine A avait exercé de façon constante chez les animaux de la 1re série une action protectrice vis-à-vis de l'hormone thyréotrope ; les coupes des animaux témoins montraient une hyperactivité glandulaire intense, contrairement à celles des animaux ayant ingéré préalablement la vitamine A.

Ces résultats viennent s'ajouter à ceux de Hiler et de Schneider, montrant l'action neutralisante de la carotine sur la thyroxine *in vitro*, puis chez l'animal. Ils prouvent que la vitamine C, isolée, possède le même pouvoir et agit sur le complexe hormone thyréotrope corps thyroïde.

G. Basch.

Mandl. ***La thyroïdectomie totale dans les affections du cœur et des vaisseaux*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 48, 27 Novembre 1936, p. 1453-1457). — M. répartit en 6 groupes les 17 malades opérés par lui: 1° hyperthyroïdie avec symptômes cardiaques prédominants (4 cas) ; 2° cardiopathies chroniques graves (8 cas); 3° hypertension avec crises angineuses (2 cas) ; 4° endartérite oblitérante (1 cas) ; 5° emphysème avec dyspnée (1 cas) ; 6° asthme cardiaque (1 cas). Malgré la gravité de l'état de ces malades il n'a observé aucun décès post-opératoire.

Il fait la thyroïdectomie à l'anesthésie locale (sans adrénaline), et commence par la ligature de l'artère thyroïdienne. Par ailleurs il insiste sur la difficulté qu'on a à reconnaître, dans de nombreux cas, les parathyroïdes et, suivant la technique de Leischner, ne manque pas d'explorer superficiellement, et en profondeur, le corps thyroïde extirpé afin de pouvoir pratiquer la réimplantation des parathyroïdes si on en retrouve. Il n'a observé que dans un seul cas (du 1er groupe) une tétanie légère et transitoire 4 jours après l'opération, et insiste sur le fait paradoxal que l'intervention n'entraîne pas de modifications du taux du Ca sanguin, alors que la seule ligature des artères thyroïdiennes inférieures suffit à déterminer chez les autres sujets semblables modifications. M. se demande si cette réaction inattendue n'est pas en rapport avec certains symptômes de cardiopathies décompensées (ventilation pulmonaire par dyspnée, alcalinité du sang, etc.).

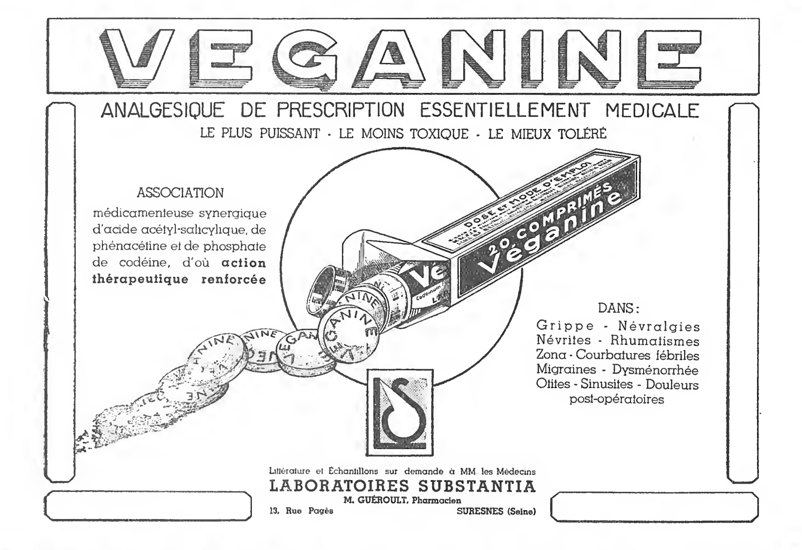
De même, en aucun cas, il n'a observé de myxœdème nécessitant un traitement thyroïdien. L'effet immédiat de l'intervention est assez choquant et ce shock peut se faire sentir pendant quelques semaines.

Les résultats de la thyroïdectomie totale semblent supérieurs à ceux que donnent les opérations sympathiques dans l'endartérite oblitérante: dans l'angine de poitrine ils peuvent entrer en concurrence avec ceux de ces mêmes opérations, ou avec ceux des injections paravertébrales d'alcool.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Oppenheim. ***Contribution à l'étiologie de la dermatite bulleuse striée des prés*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **86**, n° 46, 14 Novembre 1936, p. 1276-1279). — Les auteurs, qui ont tenté d'éclairer l'étiologie de l'affection décrite par O. et à laquelle est attaché son nom (lui-même, Kitchevatz, G. Millaut, etc...), se sont appliqués à obtenir des réactions cutanées en soumettant à l'action de la lumière (ultra-violets ou infra-rouges), les téguments ayant subi une irritation, puis une application de solutions aqueuses ou alcooliques de chlorophylle ou d'extraits de plantes ou herbes poussant au bord de l'eau. Les résultats ont été



VEGANINE
ANALGESIQUE DE PRESCRIPTION ESSENTIELLEMENT MEDICALE
LE PLUS PUISSANT - LE MOINS TOXIQUE - LE MIEUX TOLÉRÉ
ASSOCIATION
médicamenteuse synergique d'acide acétyl-salicylique, de phénacétine et de phosphate de codéine, d'où action thérapeutique renforcée
DOSE ET MODE D'EMPLOI
20 COMPRIMÉS
Véganine
DANS :
Grippe - Névralgies
Névrites - Rhumatismes
Zona - Courbatures fébriles
Migraines - Dysménorrhée
Otites - Sinusites - Douleurs post-opératoires
Littérature et Échantillons sur demande à MM. les Médecins
LABORATOIRES SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Pharmacien
13, Rue Pagès SURESNES (Seine)

des plus variables et une réaction positive a été assez rarement obtenue.

Au cours de l'été 1936, O. a essayé avec succès une autre technique. Celle-ci lui a été suggérée par l'analogie de la pigmentation de la dermatite des prés avec celle que provoque l'huile de bergamote contenue dans certaines eaux de Cologne. Aux extraits aqueux ou alcooliques, il a substitué une émulsion aqueuse de Pinen, terpène obtenu à partir des huiles éthérifiées contenues en assez grandes quantités dans les plantes du bord de l'eau. L'application de cette émulsion pendant 24 heures sur une zone de peau ayant subi préalablement une irritation diffuse par frottage au papier de verre a été suivie dans un grand nombre de cas par l'apparition de rougeurs, papules, et vésicules subsistant quelques jours, et suivies d'une pigmentation durable ayant la disposition striée caractéristique. Sur les régions où l'on avait fait des scarifications, la réaction était beaucoup plus faible; sur peau saine ou pigmentée, elle était nulle.

Ainsi s'éclairent l'étiologie de la maladie d'O. et les conditions nécessaires à son apparition: 1° l'irritation *diffuse* de la peau par les herbes; 2° *la pression* assez forte sur une certaine herbe (en l'espèce, le poids du corps couché), pression suffisante pour exprimer l'huile nocive et lui permettre de venir en contact étroit et durable avec la peau irritée, sans évaporation possible.

G. Basch.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES
(Louvain)

F. Albert et **P. Dumont** (Liége). ***La chirurgie du sympathique lombaire. Etude artériographique expérimentale*** (*Revue Belge des sciences médicales*, t. **8**, n° 7, Août-Septembre 1936, p. 445-480). — A. et D. ont essayé d'illustrer, au moyen de l'artériographie, les répercussions vasomotrices de diverses opérations pratiquées sur le sympathique. Ils ont poursuivi ces expériences chez le chien et se sont limités au sympathique lombaire. De nombreux clichés avec opacification du système artériel des pattes postérieures illustrent ce travail.

Toute intervention de quelque importance sur le sympathique lombaire réalise dans le membre correspondant une vaso-dilatation plus ou moins prononcée. Cette vaso-dilatation n'est pas toujours immédiate, ni d'emblée complète. L'effet maximum est réalisé par l'extirpation de toute la chaîne sympathique lombaire; elle semble dilater tout le réseau vasculaire du membre correspondant. La vasodilatation périphérique n'est totale et définitive que si à la résection de la chaîne sympathique lombaire, on associe celle du premier ganglion sacré. Ce complément opératoire est nécessaire pour faire disparaître dans le membre toute possibilité de vasoconstriction d'origine centrale.

Lorsqu'on ne veut pas sacrifier tous les ganglions lombaires, la vaso-dilatation la plus marquée est obtenue par l'extirpation des 4e et 3e ganglions lombaires.

L'enlèvement des 2 derniers ganglions lombaires et du premier sacré produit exceptionnellement une vaso-dilatation à peine perceptible dans le membre opposé. On recourra donc plutôt aux opérations hautes quand, par une intervention unilatérale, on désire obtenir une action sur les 2 membres.

La ramisection réalise immédiatement du côté correspondant une vaso-dilatation appréciable, mais nettement inférieure à celle produite par l'extirpation de la chaîne.

Quelquefois, on enregistre une vaso-constriction qui peut s'étendre à tout l'arbre artériel ou se localiser aux gros vaisseaux.

Robert Clément.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Zimmerman. ***Pathogénie des complications cutanées des veines variqueuses*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **34**, n° 1, Juillet 1936, p. 97-102). — On attribue habituellement les complications cutanées des veines variqueuses à une congestion chronique passive de la peau et des tissus sous-cutanés. L'emploi des photographies infrarouges permet de démontrer, dans de nombreux cas, une association topographique d'eczéma variqueux et d'ulcères avec dilatation veineuse sous-jacente.

On trouvera dans l'article 6 photographies démonstratives.

Dans un cas, par exemple, un malade de 38 ans a eu, cinq ans avant la photographie, un ulcère phlébitique du cou-de-pied. La photographie ordinaire ne montre qu'une cicatrice pigmentée et indurée, située au-dessus de la malléole interne, et une plaque indurée du tiers moyen de la jambe. La photographie infra-rouge montre un réseau de veines variqueuses immédiatement au voisinage de la cicatrice et de la plaque indurée.

R. Burnier.

Kulchar et **Meininger.** ***Le traitement de la gale par l'hyposulfite de soude*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **34**, n° 2, Août 1936, p. 218-219). — Depuis qu'Ehlers a signalé en 1917 le traitement de la gale par l'hyposulfite de soude, ce traitement danois a été employé dans beaucoup de pays et en 1934 Ravaut et Mahieu ont attiré l'attention sur ce traitement simple qui consiste à badigeonner le galeux, après un bain savonneux, avec une solution aqueuse d'hyposulfite de soude à 40 % sur tout le corps, sauf la tête ; quinze minutes plus tard, on applique de la même façon une solution d'acide chlorhydrique à 4 %, et une heure après, on recommence les 2 opérations. Ce traitement est répété le lendemain, et, le jour suivant, le malade change de linge et prend un bain.

K. et M. ont traité par cette méthode 50 malades atteints de gale à tous les degrés et âgés de 1 an à 73 ans.

31 malades furent guéris après une seule application. Deux applications furent nécessaires chez 11 malades et 3 applications chez 3 malades; un galeux nécessita 4 applications pour guérir définitivement. Le traitement échoua chez 4 malades. On nota dans 10 cas une dermatite due au soufre, 6 fois après une application et 4 fois après 2 applications.

Les auteurs considèrent que ce traitement par l'hyposulfite de soude est une méthode simple, efficace et peu coûteuse de la gale.

R. Burnier.

Obermayer et **Becker.** ***Hypersensibilité épidermique et dermique chez les malades atteints de dermatoses fonctionnelles*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **34**, n° 3, Septembre 1936, p. 411-420). — O. et B. ont recherché la sensibilité cutanée avec 74 tests différents dans 7 cas d'eczéma vrai et dans 103 dermatoses fonctionnelles (névrodermite, dyshidrose, urticaire chronique, etc.).

Dans les dermites artificielles, on note une réaction positive en badigeonnant la peau avec la substance causale. A part ce cas, l'hypersensibilité épidermique est rare dans les dermatoses fonctionnelles.

On note une hypersensibilité dermique (réaction positive avec le test de grattage) dans certains eczémas et la substance causale est souvent celle d'une fièvre des foins ou d'un asthme allergique accompagnant l'eczéma.

On constate une hypersensibilité dermique dans environ 50 % des malades atteints de dermatoses fonctionnelles ; la polysensibilité est la règle. Les aliments ne causent qu'une faible proportion des réactions positives.

Ces réactions positives par grattage sont souvent transitoires et changeantes. Elles ne représentent pas une preuve de la nature allergique supposée de la maladie.

R. Burnier.

Ayres et **Anderson.** ***L'infection focale en dermatologie*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **34**, n° 3, Septembre 1936, p. 421-431). — A. et A. attirent l'attention sur la fréquence de foyers infectieux au cours de certaines dermatoses.

Les foyers infectieux les plus fréquents sont les abcès et caries dentaires, les amygdalites, les sinusites, les otites moyennes chroniques, les cholécystites silencieuses, les appendicites chroniques, les entérites, les infections génito-urinaires, les bronchites chroniques, bronchiectasies, les ostéomyélites chroniques, les endocardites aiguës ou chroniques, les infections de la peau par des champignons ou des microbes, porte d'entrée pour une dermatose secondaire.

Parmi les dermatoses, au cours desquelles on note souvent une infection focale, citons l'acné rosacée ou vulgaire, l'acrodermatite continue, la pelade, l'œdème angioneurotique, la dermatite herpétiforme, l'eczéma, l'érythème polymorphe, l'érythème annulaire centrifuge, l'érythème induré et noueux, l'érysipèle, l'herpès et le zona, la kératodermie blennorragique, le lupus érythémateux et vulgaire, le pemphigus, le prurit anal et vulvaire, le purpura, le psoriasis, les pyodermites, les sarcoïdes, le sycosis, l'urticaire.

Le traitement, dans ces cas, consiste dans la suppression du foyer infectieux, quand il est accessible, sinon dans le traitement de ce foyer, dans la désensibilisation et l'immunisation spécifique par des auto-vaccins, par la désensibilisation non spécifique (autoséro ou hémothérapie, injections de sels d'or, de bismuth, de protéines étrangères, lait bouilli, vaccin antityphique), dans le régime de Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch ou régimes similaires : suppression ou diminution du sel, restriction des hydrates de carbone et protéines, augmentation de la quantité de fruits, légumes, graisses et minéraux, addition de vitamines, bains de rayons ultra-violets.

R. Burnier.

Oliver et **Lerman.** ***Sclérodermie traitée par les injections d'extrait postérieur de l'hypophyse*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **34**, n° 3, Septembre 1936, p. 469-479). — On sait que divers extraits opothérapiques ont été préconisés contre la sclérodermie.

O. et L. signalent les bons effets obtenus dans 20 cas de sclérodermie de types différents par l'injection quotidienne d'une solution de lobe postérieur de l'hypophyse.

Dans 3 cas de morphée, les lésions disparurent en totalité ou en partie en laissant une légère pigmentation. Dans 2 cas de sclérodermie en bande, on nota une amélioration nette. Dans un cas de sclérodermie avec hémiatrophie faciale grave, on constata dès le début une amélioration considérable, mais qui demeura stationnaire au bout de quelques mois : l'atrophie ne fut naturellement pas modifiée.

Dans 5 cas de sclérodactylie, associée à une sclérodermie diffuse de la face et de la nuque, on observa une amélioration nette de ces 2 régions, la peau devenant plus souple. Dans 3 autres cas semblables, l'amélioration fut moins nette.

Dans 3 cas de sclérodactylie marquée, la peau des doigts devint plus mobile et les douleurs s'atténuèrent.

R. Burnier.

BULLETIN
of the
JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

W. M. Firor et **B. Woodhall.** ***Pseudo-tumeur hémophilique : diagnostic, anatomie pathologique et traitement chirurgical des lésions hémophiliques des plus petits os et des articulations*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **59**, n° 4, Octobre 1936, p. 237-249). — Il s'agit d'un jeune hémophilique de 16 ans, avec un temps de coagulation de quatre à cinq heures, qui présenta une extraordinaire augmentation de volume d'un os et d'une articulation du pouce droit qui fut deux fois diagnostiquée radiologiquement sarcome osseux. Cette unique lésion était le résultat d'une hémorragie hémophilique dans une petite articulation et dans le tissu osseux adjacent. L'évolution pathologique fut semblable à celle que l'on observe dans les os et les articulations plus volumineux, mais au lieu d'aboutir à la régression et à l'ankylose éventuelle, dans les petites articulations, les lésions hémophiliques peuvent être aussi une destruction progressive et une rupture cutanée.

Le diagnostic radiographique des atteintes ostéo-articulaires hémophiliques pourra ultérieurement être caractérisé par ces différences anatomiques.

L'amputation de la pseudo-tumeur fut accomplie avec plein succès à l'électro-cautère et les suites post-opératoires furent essentiellement normales. Cette technique, avec l'aide supplémentaire de transfusions sanguines, semble réaliser un réel progrès dans la chirurgie des hémophiliques.

L'influence favorable de la cautérisation des tissus hémophiliques sur la réduction du temps de coagulation constatée dans ce cas fera l'objet d'une étude ultérieure.

Robert Clément.

J.-J. Abel, E. A. Evans jr. et **B. Hampil.** ***Recherches sur le tétanos. Distribution et destin de la toxine tétanique dans le corps*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **59**, n° 5, Novembre 1936, p. 307-383). — Ce très important travail fait état de nombreuses expériences poursuivies sur les animaux, surtout les moutons, les cobayes, les chevaux, à qui ont été injectées, par diverses voies, des doses variées de toxine tétanique. Ces expériences sont impossibles à résumer et ceux qu'intéressent la voie de pénétration et le mode de fixation de la toxine dans le tétanos en liront avec fruit le détail.

Le pouvoir de fixation de la toxine varie dans de très larges limites suivant les animaux ; une très faible dose suffit à tuer un cheval ou un animal des espèces susceptibles, alors qu'il faut des doses énormes pour tuer les oiseaux, les alligators, etc. Les expériences poursuivies sur une espèce animale ne permettent pas de conclusions valables pour les autres animaux, même quand leur susceptibilité à la toxine est peu différente comme c'est le cas du chien et du lapin.

La toxine tétanique injectée ne peut être récupérée que du sang et de la lymphe. La partie, qui a été fixée par les éléments cellulaires ou autres du corps, n'est pas récupérable, ni dans sa forme primitive, ni sous forme de dérivés, par les moyens actuellement à notre disposition. La nature de la fixation de la toxine par les divers tissus du corps se dérobe encore à toute explication.

Robert Clément.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

I.-J. Witts. ***Effets des substances toxiques sur les organes hématopoiétiques*** (*British Medical Journal*, n° 3913, 1er Août 1936, p. 211-214). — Les effets toxiques sur les organes hématopoiétiques de drogues comme l'anidopyrine, le novarsénobenzol et les composés auriques sont généralement le résultat d'idiosyncrasie et se produisent avec des doses qui sont dans les limites thérapeutiques permises. Dans certains cas, le malade devient sensibilisé au médicament et les réactions qu'il présente par la suite sont du type allergique. Il est très difficile de connaître la dose exacte du médicament qui cause un dommage à la moelle osseuse chez les individus prédisposés, aussi bien que la durée d'incubation et l'importance des lésions. Ces lésions peuvent être rangées en 4 groupes : l'hyperplasie régénérative comme après une hémorragie, la dysplasie qui fait lancer dans le sang périphérique des cellules imparfaites, la néoplasie c'est-à-dire les leucémies et l'aplasie.

André Plichet.

Harold Fullerton. ***L'anémie des femmes de la classe pauvre*** (*British Medical Journal*, n° 3949, 12 Septembre 1936, p. 523-528). — F. a fait une vaste enquête parmi la population pauvre d'Aberdeen pour rechercher l'étiologie de l'anémie des femmes. Elle porte sur plus de 1.500 cas dont la moitié était des femmes en état de grossesse.

Cette anémie est due à un manque de fer qui est conditionné par le régime de cette population d'une part et d'autre part par les pertes en fer produites par les menstruations, la grossesse et l'allaitement.

On a calculé que la perte de sang à chaque menstruation correspondait à une perte de 70 milligr. de fer environ. Il faut donc que chaque jour la femme emmagasine au moins 2 milligr. 1/2 de fer, qu'elle trouve dans son régime quotidien au moins 4 à 5 milligr., sans tenir compte de l'hypochlorydrie ou de l'anachlorhydrie dont sont atteintes ces femmes et qui diminuent dans de notables proportions l'absorption du fer.

En cas de grossesse, les besoins en fer sont les suivants : l'utérus et son contenu (fœtus) demandent 550 milligr. de fer, la perte de sang correspond à 175 milligr. et l'allaitement pendant 6 mois correspond à 180 milligr., soit au total 905 milligr. pour 460 jours, ce qui fait également une demande journalière de 2 milligr. de fer, chiffre équivalent à celui obtenu chez la femme non enceinte.

Or, le régime dees femmes de la classe pauvre n'est pas suffisamment riche en fer pour réparer les pertes quotidiennes.

André Plichet.

Jocelyn Moore et **E.-M. Pillman-Williams.** ***L'anémie et la toxémie de la grossesse*** (*British Medical Journal*, n° 3949, 12 Septembre 1936, p. 528-532. — L'étiologie de la toxémie de la grossesse est une qustion si discutée à l'heure actuelle qu'il est intéressant de voir si l'anémie a un effet possible sur son développement.

L'anémie de la grossesse est due à un manque de fer et une médication martiale en vient généralement à bout. La courbe de l'hémoglobine rend compte de la marche de l'anémie pendant la grossesse. Elle s'élève chez les sujets qui sont traités par le fer.

Nombre d'auteurs pensent que la toxémie gravidique, albuminurie, infection rénale, marche de pair avec l'anémie. M. et P. ont observé 2 groupes de 35 jeunes femmes enceintes. L'un de ces groupes était soumis à une médication ferrugineuse intensive par pilules de Blaud, l'autre avait le régime ordinaire ; dans ce dernier groupe les cas de toxémie furent plus fréquents que dans l'autre groupe. On peut dire que lorsque l'hémoglobine est autour de 90 pour 100, les complications toxémiques de la grossesse sont rares.

André Plichet.

E. Jenner Wright. ***Polyavitaminose et asulphurose*** (*British Medical Journal*, n° 3953, 10 Octobre 1936, p. 707). — On a essayé, à mesure que les vitamines devenaient plus connues, d'attribuer à la carence de chacune d'elles des syndromes, sinon des maladies spécifiques. En réalité et cela se voit surtout dans certaines maladies ou certains syndromes que l'on observe aux colonies, cette spécificité des vitamines n'est pas rencontrée, si bien qu'il vaut mieux parler de polyavitaminoses que d'avitaminoses. La preuve semble d'ailleurs en être administrée par ce fait qu'il faut joindre bien souvent deux vitamines, notamment la vitamine A et la vitamine B, pour améliorer et guérir ces maladies. Clark en 1935, dans un article sur l'étiologie de la pellagre, a montré que des substances contenant de l'acide prussique, telles que la cassave, le maïs, la canne à sucre, le millet, les pois, les haricots se trouvent souvent dans le régime des malades atteints de pellagre. L'acide prussique combiné au soufre sous forme d'acide thiocyanique se trouve en plus grande quantité chez ces malades que chez les gens normaux. La dégénérescence graisseuse du foie obtenue chez les rats par l'administration d'acide prussique est semblable à celle que l'on trouve dans la pellagre et Clark conclut que cette maladie est due à une lente intoxication par l'acide prussique.

Il semble donc que la diminution du soufre dans l'organisme et dans l'espèce, son élimination sous forme de combinaison avec l'acide prussique rendent inactives les vitamines A et B dans l'organisme.

Sabry en 1931 a déjà traité avec succès des malades atteints de pellagre par le thiosulfate ; W. a obtenu également des succès en traitant ces malades soit par la contramine qui est un composé organique soufré, soit par l'ichtyol.

André Plichet.

Chassar Moir. ***Expériences cliniques avec le nouvel alcaloïde l'ergométrine*** (*British Medical Journal*, n° 3955, 24 Octobre 1936, p. 799-802).— En 1932, M. émettait l'hyposthèse que l'action de l'ergot de seigle n'était pas due à l'ergotoxine et à l'ergotamine, mais à une substance non encore identifiée. Depuis cette époque cette substance a été identifiée par Dudley et par M. et, sous le nom d'ergométrine, est dans le commerce depuis 1935. Préparée sous la forme de chlorhydrate, solide ou liquide, elle est très stable, résiste à l'ébullition et est rapidement absorbée par l'organisme sans avoir d'effets fâcheux.

Le mode d'action de l'ergométrine est semblable à celui des autres alcaloïdes tirés de l'ergot de seigle, mais son action semble plus rapide. Après administration orale, la réponse utérine survient au bout de 7 minutes 1/2, après injection intramusculaire, au bout de 3 minutes 1/2, après injection intraveineuse, au bout de 3/4 de minute. Son action dure 3 à 4 heures.

Sur les préparations galéniques, l'ergométrine a cet avantage d'être purifiée et toujours égale à elle-même. Pour les usages obstétrical et gynécologique, elle semble supérieure aux alcaloïdes, l'ergotoxine et l'ergotamine, mais elle n'a pas comme ces 2 alcaloïdes d'action sur le système nerveux sympathique et ne saurait être employée pour le goitre exophtalmique et pour les migraines

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

O'Sullivan. ***Changement de pression sanguine au cours de la descente dans les mines*** (*The Lancet*, n° 5892, 1er Août 1936, p. 247-249). — Des recherches ont été faites sur les changements de pression sanguine au cours du séjour dans les mines et sur leurs rapports possibles avec le nystagmus que l'on remarque si fréquemment chez les mineurs.

25 mineurs en bonne santé furent examinés

avant et après la descente. On trouva chez tous une augmentation de pression au fond de la mine (20 mm. de Hg. chez 2, 15 chez 4, 10 chez 8 et 5 mm. chez 11 d'entre eux). Chez 14, il y avait une accélération du pouls. Une heure après la descente, la pression était encore augmentée chez 5 d'entre eux et l'on pouvait observer chez ces hommes des petites secousses nystagmiformes surtout quand ils s'inclinaient en avant. Chez 4 de ces 5 cas de nystagmus latent, la pression systolique s'était élevée de plus de 10 mm.

Des observations similaires ont été faites chez 25 mineurs atteints de nystagmus. Dans ce groupe, la pression artérielle après la descente était plus élevée que dans l'autre groupe (19 mm. de Hg. chez 1, 15 mm. chez 8, 10 mm. chez les 16 autres). Une heure après, 15 avaient encore une pression systolique élevée. Tous ces hommes avaient une accélération du pouls à la descente.

En résumé, les mineurs atteints de nystagmus paraissent sujets à des variations de pression sanguine au cours de la descente dans la mine. Il semble que les augmentations de pression artérielle, causées par les descentes répétées, jouent un rôle dans l'étiologie du nystagmus des mineurs.

André Plichet.

W. Grey Walter. ***La localisation des tumeurs cérébrales par l'électro-encéphalographie*** (*The Lancet*, n° 5893, 8 Août 1936, p. 305-308). — Berger fut le premier à montrer que l'activité électrique du cerveau humain pouvait être captée à travers le crâne. A l'aide d'un appareil composé d'un amplificateur et d'un oscillographe, il obtint des électrencéphalogrammes, en abrégé « EEG » par analogie avec l'électrocardiogramme ou « ECG ».

Le tracé normal que Berger a appelé onde α est variable suivant les individus, mais remarquablement constant pour chaque individu. Il a une forme presque sinusoïdale, mais à des intervalles irréguliers. Pour Adrian et Yamagiwa, cette onde α provient surtout des lobes occipitaux.

Berger a décrit également une onde β qui ne se voit pas aussi régulièrement que l'onde et qui semble provenir des lobes frontaux.

Gibbs, Davis et Lennox ont montré que l'EEG pouvait être modifié par l'anesthésie et par les crises épileptiques.

W. a étudié l'EEG dans 7 cas de tumeurs intracraniennes. Il résulte de ses recherches que la forme du tracé est la même, que l'EEG soit pris à travers le crâne ou directement sur le cerveau à nu, le potentiel électrique seul est changé. Comme Fœrster et Altenburger l'ont trouvé, le tissu tumoral a une activité électrique moindre que le tissu normal. Sous une anesthésie générale, particulièrement avec l'éther, le tracé est très irrégulier avec de grandes amplitudes. De semblables modifications se voient en cas d'hypertension intracranienne. En cas de tumeur cranienne quand l'hypertension est de peu d'importance ou a été réduite, un tracé de faible amplitude peut déceler la présence de la tumeur et sa localisation.

André Plichet.

R. Platt. ***Le scorbut, résultat d'un traitement diététique*** (*The Lancet*, n° 5894, 15 Août 1936, p. 366-367). — Pendant ces 6 dernières années, P. a observé 4 cas de scorbut. Le premier cas concernait une femme névropathe qui s'était mise au régime elle-même; les 3 autres cas concernaient des malades avec des ulcères peptiques qui avaient suivi un régime sévère. Tous présentaient des signes indiscutables de scorbut. La confirmation de ce diagnostic fut apportée par les résultats heureux du traitement par la vitamine C prise par la bouche et en injections.

Le but de cet article est d'attirer l'attention sur les dangers des traitements prolongés par régimes carencés en vitamine C.

André Plichet.

D. Harley. ***Mécanisme immunologique de l'asthme; diagnostic et traitement*** (*The Lancet*, n° 5994, 15 Août 1936, p. 367-370). — Pour H. il y a 3 facteurs principaux dans l'état asthmatique : 1° une prédisposition de l'individu à devenir asthmatique, prédisposition généralement héréditaire, mais qui peut être acquise; 2° le développement de l'hypersensibilité à une ou plusieurs substances; 3° les facteurs secondaires non spécifiques qui comprennent toutes les formes possibles de traumas mineurs (toxiques et psychiques, directs et réflexes, et les écarts de régime). Ces dernières causes agissent en abaissant la tolérance de l'asthmatique aux causes spécifiques.

On est impressionné par le nombre de malades dont le premier accès est survenu après une maladie infectieuse, souvent bénigne, des voies respiratoires. Beaucoup de ces cas donnent des réactions cutanées négatives ou minimes aux toxines des microbes en cause; par contre, l'examen bactériologique des crachats est toujours positif.

Les résultats excellents de la vaccinothérapie dans ces cas donnent à penser qu'il existe un rapport de cause à effet entre bactérie et asthme. L'intradermo-réaction au vaccin pour le diagnostic et le traitement de ces asthmes a été beaucoup employée ces dernières années.

La tendance actuelle est de traiter les asthmatiques d'après les réactions cutanées qu'ils donnent aux différentes substances pour lesquelles ils peuvent être sensibilisés. Mais ce traitement peut échouer du fait des fausses réactions dermiques aux différents antigènes et aussi parce que l'on peut se trouver en présence d'un asthme bactériologique. D'où l'indication de pratiquer des examens bactériologiques chez tout asthmatique qui présente des réactions dermiques multiples et indistinctes aux antigènes communément employés.

André Plichet.

C.-W. Ross. ***Diminution de la tolérance du glucose dans certains troubles alimentaires chez l'enfant. Le traitement par l'extrait de foie*** (*The Lancet*, n° 5897, 5 Septembre 1936, p. 556-558). — On sait maintenant que la tolérance aux hydrates de carbone est fonction de sa sensibilité à l'insuline endogène. Or, cette sensibilité à l'insuline dépend d'un troisième facteur, la kinase insulinique. Celle-ci est normalement contenue dans le foie. Il s'ensuit que les troubles digestifs peuvent amener une diminution de la tolérance aux hydrates de carbone. R. a vérifié les courbes du sucre sanguin après administration par la bouche de glucose et par la voie veineuse. Dans 10 cas d'indigestion intestinale chronique et dans 3 cas de tuberculose abdominale, il a trouvé une courbe plus élevée après injection intraveineuse qu'après ingestion de glucose. L'administration d'extrait de foie liquide augmente la tolérance pour le sucre dans ces affections où elle est fortement diminuée.

André Plichet.

H. Stanley Banks. ***Le traitement de la scarlatine par le sérum intraveineux ou intrapéritonéal et la diminution de la durée de l'isolement*** (*The Lancet*, n° 5897, 5 Septembre 1936, p. 559-564). — Cette étude porte sur 1.877 cas de scarlatine traitée par le sérum intraveineux et sur 1.419 cas non traités par le sérum.

Une seule dose de 10 à 20 cmc de sérum intraveineux ou intra-péritonéal, faite dans les 3 premiers jours, modifie l'allure d'une scarlatine simple ou maligne. Par cette thérapeutique, la durée de l'isolement a été réduite à 2 semaines pour les adultes et à trois semaines ou moins pour les enfants.

L'application de ce traitement a réduit considérablement les complications et la mortalité. Ainsi les otites ont été réduites à un tiers et les néphrites à un septième, par comparaison avec les scarlatines traitées par la méthode classique.

La voie intrapéritonéale donne des résultats identiques à ceux obtenus par la voie intraveineuse. La technique en est simple à tous les âges. Le danger de shock est négligeable et cette méthode semble devoir être adoptée dans la pratique courante.

André Plichet.

ORVOSI HETILAP
(Budapest)

A. Razgha, M. Spiera et **I. Kalapos.** ***Sur le traitement de la dystrophie musculaire progressive par glycocolle*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 14, 4 Avril 1936, p. 307-309). — Il y a quelques années que R., S. et K. s'occupent du traitement de la myopathie par le glycocolle. Leurs observations sont les suivantes : aux malades atteints de myopathie on a administré 3 fois par jour 5 gr. de glycocolle. Une seule guérison fut constatée. Ayant cherché la cause de l'échec de ce traitement, la conclusion fut que les malades qui avaient été soumis à cette médication ont été traités trop tard, quand la lésion des muscles était déjà très développée.

Les examens physiologiques de la maladie chez les sujets observés ont donné les résultats suivants : dans ce traitement, même avant l'amélioration clinique et subjective de la maladie, la réaction de l'excitation électrique des muscles augmente quelquefois très rapidement et atteint la valeur normale. On suppose que ce résultat n'est pas l'effet spécial du glycocolle.

Dans la dystrophie musculaire progressive l'organisme élimine la créatine en quantité très élevée aux dépens de la créatinine. Au cours du traitement l'élimination de créatinine augmente. On suppose que cet effet est dû à une influence du glycocolle sur le métabolisme de la créatine et de la créatinine.

Les résultats obtenus par ce traitement ne sont pas durables. Après la cessation de l'administration de glycocolle on observe toujours une rechute.

De par ce fait l'application de glycocolle ne peut donner l'espoir de la guérison que dans l'enfance, au début de la maladie.

M. Varady.

L. Angyal et **M. Sahel.** ***Le traitement de la schizophrénie par l'insuline*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 16, Avril 1936, p. 359-360). — Selon l'hypothèse de la neurologie moderne la schizophrénie est une maladie d'origine endogène. Les auteurs estiment malgré tout que le traitement de cette maladie n'est pas sans espoir.

Selon les observations cliniques on a remarqué qu'au cours de la schizophrénie on trouve toujours des améliorations temporaires. Dans les expériences curatives on trouve au premier plan le traitement insulinique. Miskolczy, Haach, Jaschk, Küppers, Strehl ont déjà essayé de guérir cette maladie par l'insuline, mais leurs essais ont échoué. Ces mêmes auteurs administraient seulement une quantité moyenne d'insuline, car ils estiment qu'un choc insulinique chez ces malades peut être dangereux.

Sahel dans son traitement insulinique, tout récemment découvert, recommande, contrairement aux autres auteurs, d'administrer dans cette maladie une forte dose d'insuline, provoquant ainsi le choc insulinique.

Il estime que c'est seulement par ce choc, que dans cette maladie l'on peut arriver à un résultat satisfaisant.

Les auteurs ont ainsi traité 104 malades, dont 56 souffraient de schizophrénie aiguë.

Le traitement se divise en trois parties. Au début de ce traitement les auteurs ont essayé d'établir le dosage individuel d'insuline provoquant le choc. Tout au début on administre aux malades 20-25 unités d'insuline à jeun, ensuite on augmente cette quantité progressivement jusqu'à la dose qui provoque un choc insulinique (Les auteurs ont trouvé que la dose provoquant le choc est entre 20-250 unités internationales). A partir de ce moment commence la deuxième période qui est la base de ce

A TOUTE APPLICATION DE L'ANTISEPSIE LOCALE CORRESPOND UNE FORME DE LA

CLONAZONE DAUFRESNE



traitement. La durée de cette deuxième phase varie de deux semaines à deux mois. Pendant ce temps le malade reçoit tous les jours la dose de choc jusqu'à l'amélioration de son état. On considère le début d'un choc dès l'apparition des premiers symptômes d'hypoglycémie. Dans cet état, précisément le choc insulinique doit durer d'une heure et demie à deux heures. En cas de danger, si l'état d'épilepsie ou de convulsions se manifeste « avec faiblesse du cœur », il faut cesser l'état de choc par l'injection intraveineuse du sucre. On arrête aussi le traitement pour quelques jours. Dans les cas ordinaires on interrompt l'état de choc avec glycose administré par voie digestive. Si l'amélioration se manifeste on achève le traitement et c'est la troisième période de l'intervention. A ce moment les doses d'insuline vont diminuant rapidement jusqu'à cessation complète.

Sous l'influence de ce traitement dans la plupart des cas la conscience des malades se réveille (ils reconnaissent leurs maladies). Rien ne prouve mieux l'efficacité de ce traitement que dans la schizophrénie aiguë 84 pour 100 et dans la maladie chronique où on a pu obtenir la guérison ou la rémission à 25 pour 100.

Ce traitement n'est pas sans danger, c'est pourquoi la surveillance médicale est inévitable. Le choc n'est nuisible ni pour le muscle cardiaque, ni pour l'organisme.

M. Varady.

R. Sivo et **E. Egedy**. ***Une nouvelle méthode sur le traitement de l'hypertonie*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 28, 12 Juillet 1936, p. 659-662). — Il existe plusieurs hypothèses pour expliquer l'étiologie de l'hypertonie. Celles qui invoquaient une origine rénale ou artériosclércuse sont déjà surpassées. L'hormone « padutine » se trouve dans le sang de tous les hommes, d'après Frey et Kraut, mais sous une forme inactive et elle prend une forme active au contact des acides, surtout de l'acide carbonique. La substance qui fixe cette hormone dans une composition chimique est nommée « inactivateur » par Gaddum.

L'action de l'inactivateur dépend d'une certaine concentration d'ions hydrogène. Son pouvoir à fixer cesse complètement dans un milieu à pH5.

L'administration intra-veineuse de padutine fait baisser considérablement la pression sanguine et on a supposé que dans l'hypertonie la concentration du sang en padutine diminue. Mais l'administration de padutine intra-veineuse ou intra-musculaire n'a pas un effet durable sur la pression artérielle. Ainsi on suppose que la cause de l'hypertonie n'est pas la diminution absolue de la padutine sanguine mais plutôt le changement du rapport de l'hormone fixe et libre au profit de la padutine fixée.

Il est connu que dans les maladies où la quantité de réserve alcaline est augmentée, la pression sanguine est très forte, tandis que dans d'autres cas où la réaction chimique du sang est relativement acide, comme par exemple dans l'ulcère gastrique, la pression artérielle est nettement basse.

A l'appui de tous ces faits les auteurs ont supposé que, si nous pouvons empêcher l'action de l'inactivateur en acidifiant du sang, il est possible peut-être par cette méthode d'atteindre une diminution durable de la pression artérielle.

Pour cette raison, pour acidifier l'organisme, Egedy et Sivo ont administré aux malades hypertoniques une solution de chlorure d'ammonium et acide phosphorique dilué. Ils ont donné dans une période de plusieurs semaines et chaque jour 6-8 gr. de chlorure d'ammonium et 15 gr. d'acide phosphorique dilué (25 pour 100). Dans la plupart des recherches ils ont trouvé que sous l'influence de cette thérapie acidifiante, la réserve alcaline baisse ainsi que la pression du sang.

Si l'on suspend la thérapie pendant une ou deux semaines, l'hypertonie commence à se manifester progressivement.

Ils ont examiné et traité ainsi 40 malades avec succès, à l'exception de 2 cas. Par cette méthode ils peuvent obtenir une diminution de 5 cm. de mercure de la pression sanguine et par conséquent l'état des malades a été amélioré. Cette médication n'a aucun inconvénient. Mais il est encore à remarquer que cette thérapie acidifiante est contre-indiquée dans l'insuffisance rénale.

Pour ce qui concerne la valeur de cette médication au point de vue pronostique il faut encore attendre les observations à venir.

M. Varady.

THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Kyoto)

S. Kato. ***L'iodémie au cours de quelques affections chirurgicales, et en particulier du goitre*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **29**, n° 4-5, Septembre 1936, p. 442-455). — K. a déterminé l'iodémie chez 204 sujets dont 26 bien portants et 178 atteints d'affections chirurgicales, parmi lesquelles 32 goitres, pendant une période de l'année allant de Janvier à Novembre. De plus, il a déterminé la teneur en iode des thyroïdes enlevées. La technique de dosage fut celle de Reith modifiée qui envisage séparément les composés iodés à liaison minérale solubles dans l'alcool.

Chez les sujets sains et dans les deux sexes l'iode sanguin fut en moyenne de 104 p. 100 en hiver, de 95 à la fin de l'hiver, de 116 en été et de 91 à la fin de l'automne.

Dans les infections aiguës à pyogènes on remarque une élévation de l'iodémie dans les cas où le processus dure quelque peu et est intense, mais qui fait défaut dans les cas chroniques. Dans les tuberculoses chirurgicales l'iodémie est en général plus ou moins élevée. Dans les tuberculoses rénales bilatérales elle se montra anormalement abaissée. Dans les cas de syphilis chirurgicale elle resta presque normale tandis qu'elle s'éleva fortement dans la gangrène spontanée. Dans les tumeurs malignes on ne constata pas de modifications significatives.

K. a déterminé l'iodémie dans 32 affections thyroïdiennes avant le traitement préopératoire par le Lugol, et avant et après l'intervention. Dans la maladie de Basedow et les thyrotoxicoses l'iodémie fut trouvée en général notablement augmentée ainsi que les composés iodés à liaison organique insolubles dans l'alcool. Par contre, la teneur en iode de la thyroïde, et spécialement les composés à liaison organique, se montrèrent généralement nettement diminués. Avec le traitement préopératoire par le Lugol l'iodémie et les composés iodés du sang à liaison organique s'abaissèrent jusqu'à la normale ou au-dessous, parallèlement à l'amélioration clinique et à la diminution du métabolisme basal. Par contre, à la suite de ce traitement, la teneur en iode de la thyroïde et les composés iodés à liaison organique de la glande furent trouvés nettement augmentés. K. en déduit que l'iode minéral agit comme sédatif à l'égard de l'hyperfonctionnement de la thyroïde, empêchant ainsi le déversement excessif d'hormone thyroïdienne et assurant la conservation dans la glande des composés iodés à liaison organique, ce qui a pour conséquence l'amélioration des signes cliniques et le retour du métabolisme basal à la normale.

Dans les goitres nodulaires l'iodémie et les composés iodés du sang à liaison organique sont un peu diminués ; ils augmentèrent légèrement après l'opération, parallèlement à l'élévation du métabolisme basal. La teneur en iode des nodules goitreux se montra en général minime et d'autant moindre que les nodules étaient plus volumineux et les altérations plus accentuées. Dans les goitres kystiques l'iodémie resta entre des limites normales et ne fut pas influencée notablement par l'opération. Dans un cancer thyroïdien l'iodémie fut trouvée inférieure à la normale.

P.-L. Marie.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

W. Braestrup. ***Action de la glycine (glycocolle) sur la myopathie progressive et sur diverses maladies*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **89**, n°s 3-4, Août 1936, p. 230-263). — Depuis longtemps on a signalé des anomalies du métabolisme de la créatine et de la créatinine dans la myopathie progressive primitive. On a vu en particulier que l'augmentation de la créatinurie provoquée par l'administration de glycine (acide amino-acétique) est suivie d'une diminution de l'excrétion malgré l'administration persistante de glycine et que l'état des patients s'améliore en même temps que décroît la créatinurie. L'unanimité est toutefois loin d'être faite sur tous ces points.

Passant en revue la littérature, B., après examen des résultats obtenus chez plus de 300 myopathiques traités par la glycine, constate que ces résultats ne sont guère supérieurs à ceux donnés par d'autres traitements, et en particulier par la pilocarpine-adrénaline.

Il expose ensuite les résultats qu'il a obtenus avec la glycine dans 5 cas personnels de myopathie. Tous ces malades avaient de la créatinurie spontanée ; l'un d'eux avait aussi un coefficient abaissé de créatinine. Pendant l'administration de la glycine survint une grande augmentation de la créatinurie. Dans un cas il y eut une amélioration temporaire. Par contre, la maladie s'aggrava beaucoup chez un patient durant le traitement.

Chez 6 autres sujets atteints d'affections nerveuses ou d'affections ne touchant pas les muscles B. a pu montrer que l'augmentation de la créatinurie consécutive à l'administration de glycine n'est pas spécifique de la myopathie progressive, mais se rencontre aussi dans d'autres maladies des muscles et chez des sujets normaux. En comparant le taux du glycogène du sang veineux et du sang capillaire il a constaté des anomalies indiquant une faculté amoindrie d'accumuler le glycogène dans les muscles chez deux myopathiques et chez deux sujets atteints d'atrophies musculaires d'autre nature.

Il n'est guère possible d'expliquer de façon satisfaisante l'action de la glycine chez les myopathiques. Il est certain qu'elle est convertie en créatine dans l'économie. Son principal effet semble être d'augmenter les dépôts de phospho-créatine, substance qui intervient dans la contraction musculaire. Divers faits indiquent que son action n'est pas spécifique chez les myopathiques.

P.-L. Marie.

G. A. Lindeboom et **J. E. Wientjes.** ***Tétanie et épilepsie*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **89**, n°s 3-4, Août 1936, p. 376-385). — La question de l'interprétation des crises épileptiformes survenant chez des enfants assez âgés ayant été atteints de tétanie dans les premières années de la vie a donné lieu à des opinions divergentes. Certains auteurs, s'appuyant sur les convulsions antérieures et sur la présence d'un signe de Chvostek, admettent un rapport certain entre la tétanie et l'épilepsie qui survient ensuite, opinion que rejettent d'autres pédiatres, qui soulignent que le signe du facial perd sa valeur pronostique après la quatrième année et qu'il ne se rencontre pas plus souvent chez les enfants atteints de convulsions que chez les autres.

Le cas rélaté par L. et W. est un exemple de transition ininterrompue entre l'éclampsie infantile et un syndrome analogue à l'épilepsie, suivi tardivement de tétanie ; il doit être rangé parmi les faits d' « éclampsie tardive ».

Ce malade, observé depuis 1924, avait présenté depuis la première enfance des crises épileptiformes qui se succédèrent jusqu'à la vingtième année. On n'avait pensé jusque-là qu'à une épilepsie essentielle et la maladie réagissait très bien au luminal, quand à 23 ans, à côté des accès épileptiques, se montrèrent les signes d'une tétanie grave accompagnée

d'hypocalcémie prononcée. Or le traitement de la tétanie par la préparation A.T. 10, qui est une ergostérine irradiée, qui eut brillamment raison des phénomènes de tétanie, supprima aussi complètement les crises épileptiformes.

P.-L. Marie.

P. Hanssen. ***Syndrome de Cushing*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 89, n° 6, 19 Septembre 1936, p. 517-525). — H. relate l'observation d'un homme de 28 ans, présentant depuis six mois une obésité légère, mais progressive, siégeant surtout à la face et à l'abdomen, des vergetures, une hypertension modérée (16-10) avec des signes de lésion rénale (cylindrurie, diminution de l'élimination uréique), une excrétion très exagérée du calcium par l'urine avec rejet de calculs urinaires, mais sans ostéoporose décelable aux rayons X et sans modifications de la calcémie, une glycosurie et une hyperglycémie légères, non accompagnées de cétonurie, de l'impuissance avec absence de prolan dans l'urine. La selle turcique n'était pas élargie et il n'existait pas de signes de compression des nerfs optiques. Le nombre des hématies n'était pas augmenté. Le patient se plaignait de fatigue facile et sa force musculaire était très diminuée. Ce syndrome fit porter le diagnostic de maladie de Cushing.

La radiothérapie de l'hypophyse fut suivie rapidement d'une amélioration remarquable (diminution de l'hyperglycémie, de l'élimination urinaire de calcium, de l'azote et de l'ammoniaque, abaissement de pression) qui laisse penser que ce syndrome de Cushing relevait d'une affection hypophysaire. Ni les vergetures ni la distribution de la graisse ne se modifièrent.

P.-L. Marie.

O. Moltke. ***« Polyarthrite urétritique »*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 89, n° 6, 19 Septembre 1936, p. 606-616). — M. relate 5 cas d'une affection aiguë, fébrile, polyarticulaire, sautant fréquemment d'une articulation à l'autre, accompagnée de douleurs souvent vives et parfois d'exsudation, et associée à une urétrite où l'on ne peut pas mettre en évidence de gonocoques ni de réaction de fixation du complément à l'égard du gonocoque malgré la répétition des examens. L'évolution est rapide et bénigne.

Des cas analogues ont été signalés en Allemagne et au Danemark (Kristjansens) ; dans ces cas on a signalé souvent une conjonctivite, et parfois de l'iritis, qui ont fait défaut chez les malades de M. Ceux-ci étaient tous des hommes.

Cette affection se distingue cliniquement du rhumatisme gonococcique par le caractère des arthropathies, plus symétriques, plus douloureuses, plus tenaces et graves dans cette dernière maladie. Elle diffère du rhumatisme articulaire aigu par l'absence d'angine, l'intégrité du cœur, la présence fréquente d'un exsudat articulaire. La nature goutteuse peut enfin être exclue.

M. se déclare incapable de préciser le rapport qui peut exister entre les arthropathies et l'urétrite.

P.-L. Marie.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

A. Szent-Györgyi. ***Oxydation, fermentation et métabolisme intermédiaire*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 66, n° 37, 12 Septembre 1936, p. 885-888). — Dans ce travail, S.-G. expose l'essentiel de ce que nous savons sur les phénomènes d'oxydation et de fermentation. Il remarque tout d'abord que la fermentation n'extrait du glucose qu'une petite partie de l'énergie contenue dans ce corps et représente par conséquent, au point de vue philogénétique, le processus de beaucoup le plus ancien. Il existe d'ailleurs entre oxydation et fermentation une relation quantitative appelée « réaction de Pasteur ».

La fermentation a pour effet de scinder la molécule de glucose à six carbones en deux molécules de triose à trois carbones. Une des molécules de triose se trouve transformée, par perte de deux H, en acide pyruvique. L'acide pyruvique lui-même fixe deux H et se transforme en acide lactique. Au cours de ces phénomènes, l'acide phosphorique joue un très grand rôle de même que la créatine. Mais pendant ces transformations la molécule de triose qui est transformée en acide lactique n'abandonne que 12 des 300 calories qu'elle contient. Elle est donc ultérieurement le siège d'une resynthèse qui la transforme de nouveau en sucre et qui exige d'ailleurs une certaine énergie. Cette oxydation de l'acide lactique met clairement en évidence les relations qui existent entre la fermentation et l'oxydation. Ce sont là d'ailleurs deux phénomènes non pas successifs mais parallèles, la molécule sucrée pouvant être l'objet soit d'une fermentation, soit d'une oxydation, suivant les besoins.

En ce qui concerne l'oxydation on sait qu'elle ne peut se produire que sous l'influence d'une activation soit de l'oxygène, suivant la théorie de Warburg, soit de l'hydrogène, suivant la théorie de Wieland. Selon la première, l'oxygène doit être activé par un « ferment respiratoire » et selon la seconde, une déhydrase relâche les liens qui unissent 2 atomes d'hydrogène au point que ceux-ci peuvent être facilement abandonnés à un accepteur d'hydrogène. D'après cette théorie, nos cellules ne connaîtraient qu'une substance combustible, l'hydrogène, que les aliments seraient chargés de nous apporter.

Le cytochrome, sorte d'hématine intracellulaire, est oxydé par l'oxygène activé, puis réduit par l'hydrogène abandonné par les aliments, ce phénomène est représenté simplement par une modification de la valence du fer fixée dans les cellules, élément qui passe de la forme ferri à la forme ferro et inversement.

Les recherches pratiquées dans le laboratoire de S.-G. ont complété cette chaîne : oxygène-ferment respiratoire - cytochrome - déhydrase - aliments, en montrant que l'acide fumarique joue un rôle important comme catalyseur. Grâce à un ferment, cet acide abandonne deux atomes d'hydrogène et se trouve ainsi transformé en acide oxalique qui constitue l'accepteur des atomes d'hydrogène alimentaire.

Ces phénomènes sont beaucoup plus compliqués que la fermentation. Néanmoins, oxydation et fermentation sont essentiellement identiques. La seule différence est que dans la fermentation l'hydrogène passe à une substance produite par la fermentation elle-même, tandis que quand il s'agit d'oxydation l'hydrogène passe à une substance étrangère au cycle des hydrates de carbone.

Le CO^2, produit terminal de la respiration cellulaire, doit être considéré comme le résultat de l'abandon par la molécule de triose d'un atome de carbone sous forme de CO^2. Mais ce phénomène se passe en deux phases aux cours desquelles, comme pour la désintégration du glucose, intervient une resynthèse.

En ce qui concerne les graisses, on ne sait comment elles sont brûlées. Toutes les fois qu'on étudie les processus énergétiques de la cellule, on ne rencontre jamais que des hydrates de carbone et pas de graisse. La contraction musculaire est liée au seuls hydrates de carbone et on ne connaît pas de ferment de l'oxydation des graisses, vraisemblablement parce qu'il n'en existe pas. L'acétone qui possède 4 atomes de carbone et qui était considérée comme le résultat d'une oxydation des graisses provient en réalité d'un trouble dans le système où intervient l'acide fumarique. Dans ces conditions, l'acétone aurait pour origine une oxydation incomplète d'un des produits les plus importants de l'oxydation des hydrates de carbone.

Le domaine des oxydations constitue, d'après S.-G., un des champs les plus fertiles de la recherche biochimique moderne. C'est grâce à ces recherches qu'on a découvert les flavines qui jouent un rôle intermédiaire d'accepteurs et de donateurs d'hydrogène. Ces recherches ont également fait découvrir dans le paprica et dans le citron une nouvelle substance qui possède un pouvoir thérapeutique remarquable dans diverses altérations des capillaires et qui appartient au groupe des flavones. Cette substance qui paraît avoir un caractère vitaminique a été désignée sous le nom de vitamine P.

P.-E. Morhardt.

H. Schmid. ***L'histopathologie du traitement de la schizophrénie par la méthode de choc hypoglycémique de Sakel*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 66, n° 40, 3 Octobre 1936, p. 960-961). — Au début de l'ère insulinique, on a souvent observé les accidents de surdosage de l'insuline et fait des constatations nécropsiques assez caractéristiques (modification de la consistance de la substance cérébrale, altérations des cellules ganglionnaires, hémorragies, etc.). S. a donc pensé qu'il y avait intérêt à procéder à des recherches expérimentales pour savoir si la méthode de traitement de la schizophrénie inaugurée par Sakel et consistant à provoquer un choc hypoglycémique n'était pas de nature à entraîner des lésions nerveuses.

Pour cela, il a injecté aux animaux d'expérience des doses croissantes d'insuline jusqu'au moment où il apparaissait des phénomènes de choc et des accès épileptiformes qui étaient interrompus aussitôt par des injections d'adrénaline et de glucose. Parmi ces animaux il en est 3 qui ont subi ainsi entre 10 et 20 accès d'épilepsie. L'examen du cerveau a montré d'abord qu'on ne constatait pas la sécheresse de la substance cérébrale qui avait été observée autrefois à la suite de crise d'hypoglycémie. Au microscope l'appareil des cellules ganglionnaires de l'écorce a été trouvé absolument indemne. Dans quelques cas cependant on a constaté un début réversible de pycnomorphie du plasma. Il n'a pas été observé d'hémorragie. Il y a donc une différence importante entre les effets du choc hypoglycémique interrompu, comme ce fut le cas dans cette série d'expériences, et les effets du choc persistant jusqu'à la mort comme il en fut observé surtout autrefois.

Il semble donc à S. que cette interruption de l'intoxication soit réellement capable de prévenir les complications graves dues à des lésions définitives et qu'ainsi une des objections les plus importantes qu'on puisse faire à la méthode de Sakel, tombe d'elle-même.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

M. Lisbonne (Montpellier). ***Le diagnostic de la mélitococcie par les méthodes de laboratoire*** (*Le Progrès médical*, n° 49, 5 Décembre 1936, p. 1889-1894). — La mélitococcie a débordé largement son cadre primitif ; on a pu en déceler dans 64 de nos départements. Tout praticien peut donc être amené à la rencontrer dans sa clientèle.

En raison de la variété de ses aspects cliniques, le diagnostic peut être délicat. La certitude bien souvent ne peut venir que des examens de laboratoire.

Trois méthodes permettent, soit isolément, soit concurremment, de fournir la preuve de la nature brucellique de l'infection. Une méthode bactériologique, l'hémoculture, une méthode sérologique, le séro-diagnostic de Wright, une méthode allergique, l'intra-dermo-réaction à la mélitine.

L'hémoculture donne des résultats qui ne prêtent pas à la discussion. En permettant d'identifier le germe, elle est d'un grand secours pour l'épidémiologiste et permet de suivre la filiation des cas. Dans les cas les plus favorables, l'hémoculture n'est pas positive avant 7 à 8 jours, quelquefois beaucoup plus tard. Malgré cette lenteur de la réaction, malgré sa défaillance dans les cas anciens et torpides, il faut la mettre en œuvre surtout au début de l'affection.

La réaction d'agglutination est le procédé le plus pratique et le plus fidèle de l'infection mélitococcique active. Elle doit s'effectuer avec de nombreuses dilutions; une agglutination totale au minimum à 1/80 impose la notion d'une infection brucellique active et évoluant depuis peu. Avec les progrès de la maladie l'intensité de la réaction augmente rapidement. Le séro-diagnostic peut être parfois douteux ou même parfois franchement négatif dans des cas de mélitococcie évidents. L. estime à 90 pour 100 la production des résultats positifs dans les cas authentiques.

L'intra-dermo-réaction à la mélitine de Burnet se recommande par sa très grande sensibilité, mais la persistance de longue durée, sinon définitive, de l'état allergique, ne permet pas de dire s'il s'agit d'une infection active, ou passée et éteinte.

Si chaque réaction a sa valeur respective, leur association se complète heureusement.

Robert Clément.

H. Cambéssédès. ***La place de l'endoprotéinothérapie dans le traitement de la fièvre ondulante*** (*Le Progrès médical*, n° 49, 5 Décembre 1936, p. 1894-1898). — L'endoprotéine est obtenue à partir de cultures, sur boîtes de Roux, de Brucella abortus, après trois jours d'étuve. Les corps microbiens desséchés, broyés, sont émulsionnés à raison de 2 centigr. par cmc, puis centrifugés. C'est le liquide surnageant qui, stérilisé par tyndallisation, constitue l'endoprotéine.

Pour être efficace, les vaccins, quels qu'ils soient, doivent provoquer un choc. Pour obtenir le choc nécessaire et suffisant, il faut tenir compte de l'état d'allergie du sujet, qui se mesure par la réaction provoquée par l'intra-dermo-réaction à la mélitine.

Quelquefois, la seule intra-dermo-réaction amène la guérison immédiate. Si l'on avait injecté au hasard une dose de vaccin importante à ces individus, ils auraient probablement été victimes d'un choc violent. Si la réaction de Burnet est nulle ou presque nulle, la vaccinothérapie est d'avance vouée à l'échec, et les tentatives réitérées gêneront le développement de l'état d'allergie. Il faut savoir attendre le développement naturel de cet état. Quand l'intra-dermo-réaction donne une réponse positive, c'est le moment de faire entrer en jeu la vaccinothérapie. Si les vaccins ordinaires ne provoquent pas le choc libérateur, on fera appel à l'endoprotéine. D'abord une injection de 1 1/2 à 3/4 cmc, puis 3/4 à 1 cmc, si la température a repris son allure ascendante. Parfois, dès la première injection, la guérison est acquise et définitive.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Marques. ***Les épithéliomas cutanés post-traumatiques*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 7e Série, t. 7, n° 11, Nov. 1936, p. 1004-1042). — A l'occasion de 2 observations personnelles, M. fait une revue générale complète de la question.

L'âge des malades varie entre dix et soixante-dix-huit ans, avec maximum vers quarante-cinq ans ; il s'agit le plus souvent d'hommes (3 femmes seulement sur 26 cas). Les localisations les plus fréquentes sont les joues, les paupières, le menton ; d'autres plus rares : vestibule nasal, front.

Dans 4 cas, les tumeurs furent déclenchées par des brûlures de substances cancérigènes (goudron, asphalte chaud) ; 4 fois les brûlures furent causées par du sulfure de carbone, éclat de fer rouge, allumettes, douille chaude, substances qui n'ont pas de renommée cancérigène. Mais le plus souvent (18 fois sur 26)) le cancer suit un traumatisme mécanique.

L'évolution du cancer peut être rapide ou lente; le temps écoulé entre le trauma et l'apparition de la tumeur varie entre seize jours et trois ans, en moyenne moins de six mois.

Comme type histologique, les épithéliomas des muqueuses sont spino-cellulaires. Dans 12 cas sur 19, on note à la face, dans les régions où les tumeurs spontanées sont des baso-cellulaires, des cancers post-traumatiques spino-cellulaires. On a trouvé en outre 2 épithéliomas métatypiques et 4 baso-cellulaires.

R. Burnier.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

R.-O. Prudhomme. ***Rôle du CO^2 dans certaines propriétés du sérum sanguin*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **57**, n° 5, Novembre 1936, p. 545-564). — L'intensité de la réaction de Henry à la mélanine sur un sérum de paludéen se modifie de jour en jour à partir de la prise de sang. La réaction de floculation du sérum paludéen dans l'eau distillée a une marche parallèle à celle de la mélanine. C'est elle qui a été étudiée ici. Le sérum normal présente aussi des variations journalières d'intensité, de floculation dans l'eau distillée, mais elles sont de faible étendue.

Le gaz carbonique dissous dans le sérum est le facteur actif des variations de la floculation. Si le sérum est conservé sur le caillot à une température stable, il y a d'abord augmentation de l'intensité de la floculation due à l'enrichissement du sérum en CO^2 par les cellules vivantes du caillot, puis, quand les cellules sont mortes, la réaction décroît régulièrement, avec le temps, par suite de la perte en gaz carbonique avec le temps.

Le départ du gaz carbonique s'accompagne d'une élévation du *pH* du sérum. Or, une variation très faible du *pH* amène une très grande différence dans l'intensité de la floculation.

L'inhibition de la floculation d'un sérum par chauffage à 55°, pendant 30 minutes, est due au départ du gaz carbonique dissous dans le sérum. Un sérum chauffé et enrichi à nouveau en CO^2 flocule dans l'eau distillée au même titre que le sérum non chauffé.

Robert Clément.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

H. Schnetz. ***Epreuve fonctionnelle de l'appareil insulaire dans l'hyperinsulinisme*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **179**, n° 5, 21 Novembre 1936, p. 466-489). — Jusqu'ici on s'était surtout préoccupé de l'existence, au cours des maladies du pancréas, d'une insuffisance des fonctions de l'appareil insulaire, insuffisance caractérisée par de la glycosurie provoquée ou non par de l'hyperglycémie à jeun ou par une réaction hyperglycémique pathologique. Mais les faits d'hyperinsulinisme observés au cours de ces dernières années ont amené à étudier de plus près ces états qui peuvent relever d'une origine hépatique, nerveuse, endocrinienne ou pluriglandulaire. A la suite d'affections ulcéreuses de l'estomac ou du duodénum, de maladies des voies biliaires, de résection gastrique et enfin, ce qui a été encore insuffisamment étudié, dans les pancréatopathies aiguës et surtout chroniques, on observe également des crises d'hypoglycémie. Dans ce dernier cas, l'hyperfonction de l'appareil insulaire donne souvent lieu à des syndromes considérés à tort comme neurasthéniques ou hystériques. S. a procédé à l'étude d'une série de cas de ce genre en déterminant la glycémie à jeun, puis la courbe de la glycémie avec régime mixte, après administration de 50 gr. de glucose, après 0 milligr. 5 d'adrénaline en injection sous-cutanée et après une faible dose d'insuline (10 unités).

Dans 4 cas d'affection du pancréas consécutive à des lésions des voies biliaires, ayant ou non obligé à pratiquer la cholécystectomie, on a ainsi constaté que la glycémie atteignait à jeun la limite inférieure à la normale et qu'avec un régime mixte on arrivait, surtout si le repas avait été riche en hydrates de carbone, à des valeurs nettement hypoglycémiques. Le repas de glucose donnait une courbe à ascension faible et brève suivie d'une hypoglycémie anormalement persistante. Il en a été de même avec la réaction adrénalinique qui était retardée et en général inhibée. L'hypoglycémie insulinique s'est montrée chez ces malades anormalement marquée. Les états d'hypoglycémie réactifs ainsi constatés se sont souvent accompagnés de symptômes caractéristiques (sueurs

profuses, nausées, tremblements, asthénie, troubles dyspeptiques, diarrhée et douleurs à gauche).

L'administration de ferments pancréatiques a, chez ces malades, fait complètement disparaître, en 3 ou 4 mois, les symptômes subjectifs et objectifs d'hyperinsulinisme, comme de nouvelles épreuves l'ont montré. Dans un cas, cependant, il persiste encore une tendance aux réactions hypoglycémiques, comme le montre la réaction à l'insuline qui est, pour S., l'épreuve la plus sensible pour mettre en évidence un état d'irritation de l'appareil insulaire.

Les mêmes recherches ont été faites dans 4 cas d'hyperinsulinisme par ulcère duodénal et dans 5 cas d'hyperinsulinisme après résection gastrique. Chez tous ces malades, des phénomènes hypoglycémiques ont témoigné d'une réaction anormale de l'appareil insulaire. Dans quelques cas même, le sondage duodénal a permis de constater en outre des troubles de la sécrétion externe du pancréas.

A ce propos, S. rappelle l'influence d'une augmentation du tonus du vague sur l'apparition des états d'hypoglycémie spontanée. Or, les cas d'ulcus duodénal confirmés par résection gastrique présentaient des symptômes vagotoniques nets. D'autre part, les substances qui, après avoir été introduites dans le duodénum, se montrent capables de stimuler la sécrétion du pancréas (HCL, incrétine, sécrétine), provoquent de l'hyperinsulinémie. Il est fort possible, dans ces conditions, que des altérations inflammatoires de l'estomac et du duodénum, ainsi que des voies biliaires, puissent augmenter la sécrétion des substances d'origine duodénale capable d'expliquer à la fois l'hyperacidité et l'hyperinsulinisme.

P.-E. Morhardt.

Karl Matthes et **Xenophon Malikiosis**. ***Recherches sur la vitesse de circulation du sang dans les artères humaines*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **179**, n° 5, 21 Novembre 1936, p. 500-517). — La méthode utilisée par M. et M. a consisté à mesurer l'absorption de la lumière par un replis cutané, dont les capillaires avaient été préalablement paralysés par iontophorèse histaminique. Si le sujet d'expérience retient sa respiration pendant quelque temps, on constate ainsi des variations dans l'absorption de la lumière, variations qui sont parallèles au degré de saturation du sang artériel par l'oxygène et dont on peut établir la courbe en même temps que celle de la respiration (pneumotachogramme). Un des grands avantages de cette méthode est qu'elle permet de déterminer la vitesse de circulation du sang oxygéné entre les poumons et diverses régions du corps: surtout le lobule de l'oreille, les doigts et les orteils. On a ainsi constaté, par exemple, que la chute de la saturation d'oxygène au début de la pose respiratoire commence un peu plus tôt à l'oreille qu'aux doigts, exactement 3,7 secondes pour l'oreille et 11 secondes pour les doigts après le commencement de l'apnée. Les mêmes différences sont constatées pour le début de la saturation d'oxygène après reprise de la respiration. On est donc autorisé à considérer ces chiffres comme mesurant la vitesse de la circulation entre les capillaires pulmonaires d'une part, l'oreille et la main d'autre part.

Ces chiffres permettent de constater qu'il y a une certaine proportionnalité entre les retards constatés et la distance qui sépare le lobule de l'oreille, les doigts ou l'orteil de l'aorte ascendante. Cependant, la circulation paraît se faire un peu plus vite vers l'oreille.

On arrive ainsi à calculer que la vitesse du sang dans l'aorte serait de 107 mm. par seconde. On doit, par ailleurs, noter que la modification de la respiration est susceptible d'agir sur la vitesse de la circulation chez l'homme, comme elle le fait chez l'animal où divers auteurs l'ont constatée expérimentalement.

En modifiant la position du corps, M. et M. ont constaté des différences intéressantes dans la vitesse de la circulation. Après 5 minutes de station assise, le temps poumons-orteil a été par exemple de 18 secondes, après 5 minutes de station debout de 20 ou 23 secondes et après 5 à 10 minutes de décubitus de 16 secondes. La circulation dans les jambes est nettement accélérée par de petits mouvements comme ceux qui consistent à passer de la position hanchée à la position tout à fait symétrique. La pose d'une manchette déterminant une compression suffisante pour élever la pression veineuse ralentit nettement la circulation dans les artères. Au cours d'un travail comportant une consommation d'oxygène de 1,5 à 2,5 litres par minute l'accélération de la circulation est nette, mais relativement peu importante par rapport à l'augmentation du débit par minute qui est triplé, voire même sextuplé. En mesurant le temps poumons-orteil immédiatement après le travail, on a constaté que la vitesse de circulation s'abaissait de 19 à 13 secondes.

Ces mensurations ont été pratiquées également chez une série de malades. Chez 13 sujets dont la circulation était normale, on a trouvé pour l'oreille 3 et 4 secondes et pour les doigts 8 à 15 secondes. Chez 13 malades ayant une affection cardiaque, on a obtenu des chiffres normaux; mais chez certains hypertendus, la vitesse de la circulation atteint la limite supérieure de la normale. Chez 21 malades qui avaient eu, une ou plusieurs fois, des crises plus ou moins sévères d'insuffisance cardiaque avec stase, mais qui pouvaient se lever la plus grande partie de la journée, on a constaté que la vitesse de la circulation était nettement diminuée et s'améliorait au cours du traitement.

Dans 2 cas d'hémiplégie, on a constaté un léger ralentissement du côté paralysé.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Armentano, Bentsath, Béres, Rusznyak et **Szent-Gyorgyi**. ***L'influence de substances du groupe des « flavons » sur la perméabilité des capillaires. Vitamine P*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 33, 14 Août 1936, p. 1325-1328). — Une série d'expériences antérieures ont montré aux auteurs l'inefficacité de l'acide ascorbique pur dans les cas de purpura, alors que les extraits de paprika et le jus de citron exercent une action thérapeutique utile. Ils en ont conclu qu'il existait dans ces végétaux, à côté de la vitamine C, une autre vitamine capable d'agir sur les capillaires. Il leur a été possible d'isoler dans le jus de citron une substance, la citrine, que l'analyse chimique a révélée comme étant le glucoside d'un « flavon ». *Cette substance guérit le purpura vasculaire alors qu'elle est presque inefficace dans les formes thrombopéniques.* La citrine paraît également agir sur la perméabilité excessive des capillaires vis-à-vis de l'albumine qui existe dans certaines maladies (inflammation séreuse de Eppinger).

Ces observations justifient le nom de vitamine de perméabilité (Vitamine P), donné par ces auteurs à la substance qu'ils ont isolée.

G. Dreyfus-Sée.

K. Blumberger et **H. Gross**. ***Contribution à l'étude de l'infection par le bacille botulique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 36, 4 Septembre 1936, p. 1451-1455). — Cet article complète un travail antérieur paru en 1934 relatant de premières observations de botulisme.

B. et G. ont eu l'occasion plus récemment d'observer 2 autres cas de botulisme et 1 cas d'encéphalite dont le siège et quelques notions étiologiques rendaient difficile la différenciation avec le botulisme. Le diagnostic des manifestations bulbo-paralytiques non dues au botulisme est basé surtout sur la coexistence de signes neurologiques ne ressortissant pas du complexe bulbaire ; en outre, l'évolution thermique est habituellement différente. Avant toute administration de sérum antibotulique, il importe de prélever le sang pour une analyse biologique, car l'injection de sérum rendrait ultérieurement impossibles les essais de neutralisation diagnostique. Dans les cas douteux, et même lorsque la maladie évolue depuis longtemps de façon grave, la sérothérapie doit être tentée.

G. Dreyfus-Sée.

H. Oettel. ***Mise en évidence de l'élimination des substances hypnotiques dans les urines, en particulier lors de l'usage abusif de ces substances*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 36, 4 Septembre 1936, p. 1457-1462). — O. a mis au point une méthode permettant d'apprécier rapidement, au lit du malade, la présence de barbituriques dans les urines et leur quantité approximative. Il expose cette méthode et joint à son article le schéma des appareils nécessaires et plusieurs courbes d'élimination.

La mise en évidence des hypnotiques a été possible à l'aide de ce procédé, non seulement dans des intoxications aiguës, mais encore lors des très fréquentes intoxications chroniques provoquant des syndromes neurologiques inexpliqués. Si le sujet n'a pas absorbé la veille de l'épreuve un médicament barbiturique, administré à titre thérapeutique, l'existence de 10 milligr. pour 100 de cette substance décelée dans les urines permet de conclure à l'ingestion habituelle et prolongée de grosses quantités de barbituriques. Cependant, l'appréciation exacte des résultats nécessite une analyse plus complète, permettant d'établir la forme médicamenteuse employée. En outre, il importe de se souvenir que de nombreuses spécialités médicamenteuses peuvent contenir des doses notables d'hypnotiques. La mise en évidence qualitative des barbituriques dans les urines n'a par conséquent pas de valeur diagnostique suffisante, alors que son dosage approximatif tel qu'il est possible par la méthode de O. serait susceptible de fournir un appoint important au diagnostic.

G. Dreyfus-Sée.

N. Tsamboulas. ***Contrôle spirographique du fonctionnement cardiaque*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 47, 20 Novembre 1936, p. 1908-1912). — Les observations ont porté sur 50 sujets sains et 30 cardiaques bien compensés. Afin d'éprouver le système fonctionnel respiratoire, circulatoire et sanguin, T. a utilisé une méthode comportant la détermination spirographique de l'utilisation de l'oxygène, associée à des méthodes ergométriques : pour modifier la circulation centrale il a employé l'élévation du membre inférieur.

Dans les cas dans lesquels le muscle cardiaque était tout à fait sain, le volume d'oxygène augmentait lors de l'élévation de la jambe pour s'abaisser dès que le membre inférieur redevient horizontal.

Lorsqu'une lésion anatomique cardiaque existait, alors même qu'aucun signe clinique fonctionnel ne pouvait être mis en évidence, le volume d'oxygène est resté identique durant toutes les phases de la recherche spirométrique. Chez les sujets présentant des troubles fonctionnels plus accentués le volume d'oxygène combiné au cours de l'expérience spirométrique s'abaisse durant l'élévation de la jambe ; le spirogramme de ces sujets redevient normal lorsque le fonctionnement cardiaque a été stimulé par la cure digitalique. Enfin, l'étude du pouls entreprise corrélativement à celle du spirogramme montre des variations parallèles aux variations spirométriques. Ces épreuves fonctionnelles cardiaques ne sont possibles qu'avec un appareillage très précis et nécessitent une technique très minutieuse.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

J. Frankl. ***La valeur du prontosil dans la thérapeutique de l'érysipèle*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 43, 24 Octobre 1936, p. 1563-1566). — Un dérivé du sulfoneamidodiaminobenzol, le Prontosil (ou Rubiazol), poudre cristalline d'un jaune rouge, utilisable soit sous forme insoluble, en comprimés, soit sous forme sodée et soluble, en injections intramusculaires, a été utilisé par un grand nombre d'auteurs dans l'érysipèle du nourrisson, des enfants et de l'adulte avec de très bons résultats, dans les états septicémiques avec des résultats généralement bons et enfin dans les diverses arthrites infectieuses aiguës et chroniques et dans les pyuries avec des effets satisfaisants. Ce médicament est utilisé par F. à la clinique dermatologique de Pecs, depuis 1935, dans le traitement de l'érysipèle. Le médicament a toujours été administré *per os* et, localement, on a simplement eu recours à des pansements humides avec la solution de Burow (acétate d'alumine).

Dans un 1er groupe de malades présentant un érysipèle primitif, on trouva 22 cas moyennement sévères. L'étude de l'évolution clinique a montré que chez 15 de ces sujets le processus continuait encore à progresser 24 heures après l'administration du médicament. Dans 7 cas, par contre, le processus était déjà arrêté dès le 1er jour. Au cours des deuxièmes 24 heures, l'amélioration du tableau pathologique a été frappante ; seuls 2 cas n'ont pas été modifiés. Au cours des troisièmes 24 heures, on constata 6 guérisons et le 6e jour les malades étaient tous guéris. La température qui était de 38° 4 au début s'est élevée en moyenne à 39° 1 dans les premières 12 heures, puis a fait une chute critique. Chez 12 malades, la numération des leucocytes a permis d'observer qu'au bout de 24 heures il y avait diminution dans les 2/3 des cas. L'hémogramme a montré, à l'entrée, des granulations nettement toxiques dans 78 pour 100 des cas ; cette proportion s'est élevée à 81 pour 100, dans les premières 24 heures, pour tomber à 69 pour 100 dans les deuxièmes 24 heures, et enfin devenir nulle. Le nombre des lymphocytes a été au cours du premier examen de 17 pour 100; il est tombé dans les premières 24 heures à 13 pour 100, pour remonter ensuite, dans les secondes 24 heures, à 26 pour 100. En somme, l'hémogramme a montré d'abord une diminution des polynucléaires avec disparition des formes jeunes et augmentation des lymphocytes.

Dans 5 cas d'un autre groupe d'érysipèle primitif, il s'agissait de formes bénignes qui ont guéri rapidement et sans complication. Dans un 3e groupe figuraient 7 cas sévères et compliqués. Un sujet de 76 ans, entré à l'hôpital mourant, est décédé à un moment où l'érysipèle n'était d'ailleurs plus directement en cause.

Dans 6 cas d'érysipèle secondaire, la maladie fondamentale n'a pas été modifiée par le médicament. Un malade présentant une septicémie sévère et dont l'état paraissait désespéré a été guéri en 3 jours après l'injection de 5 cmc de la solution à 2,5 pour 100 de prontosil soluble et après administration *per os* de 10 fois 3 comprimés.

Il semble à F. que le prontosil agit avant tout en stimulant les forces de défense de l'organisme et beaucoup moins par action bactéricide. Les parasites pathogènes sont ainsi transformés en saprophytes, de sorte que l'équilibre entre les microbes et l'organisme se rétablit.

Des résultats également satisfaisants ont été obtenus dans des affections non pas seulement streptococciques mais aussi staphylococciques, colibacillaires, etc. Néanmoins, il s'agit là d'un médicament chimiothérapique remarquablement efficace surtout contre l'érysipèle.

P.-E. Morhardt.

Georg Meyer. ***Traitement par le prontosil*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 44, 31 Octobre 1936, p. 1602-1604). — Après avoir constaté que le Prontosil (ou Rubiazol) donne d'excellents résultats dans l'érysipèle de la première enfance, M. a observé quelques échecs. Ainsi, par exemple, chez un nourrisson de 3 mois, le prontosil basique, administré pendant 17 jours, n'a réussi, ni à faire tomber la fièvre complètement, ni à faire disparaître l'éruption, et il a fallu recourir à une transfusion de sang de la mère pour devenir maître de cette affection. De même, chez un garçon de 7 ans atteint en même temps d'érysipèle et de diphtérie trachéale, le prontosil semble avoir échoué ; il en a été de même dans le cas d'un prématuré de 2 mois 1/2, atteint de diphtérie nasale, d'otite et d'érysipèle.

Chez un enfant de 14 mois, le prontosil basique n'ayant rien donné, on eut recours au produit primitif, le streptozon (sel chlorhydrique du prontosil basique), qui donna un résultat surprenant. Cette expérience conduisit à admettre que l'inactivité du médicament primitivement utilisé était due à une résorption défectueuse, elle-même attribuable au fait que chez les jeunes enfants la production d'acide gastrique est insuffisante, comme on l'observe fréquemment chez les nourrissons de moins de 1 an. M. a été ainsi amené à traiter un nourrisson de 7 mois 1/2 par du prontosil basique qui tout d'abord ne donna rien, puis qui guérit rapidement quand on lui eut adjoint de l'acide chlorhydrique.

Dans 2 cas où le médicament basique a été administré par voie rectale la résorption a été défectueuse, de telle sorte que les urines ne se coloraient pas.

Cette médication a également donné des résultats dans la furonculose du nourrisson ainsi que dans la pyurie à condition qu'il n'y ait pas d'anomalie anatomique des voies urinaires. Dans la scarlatine les résultats sont inconstants.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin, Prague, Vienne)

C. Kroetz (Altona). ***L'angine de poitrine consécutive à un empoisonnement par les fumées (de locomotive en particulier)*** (*Medizinische Klinik*, t. 32, n° 45, 6 Novembre 1936, p. 1521-1523). — Il s'agit du cas d'un conducteur de locomotive obligé de passer, pendant de longues années, sous un tunnel où il rencontrait toujours une fumée constante et abondante. Ce mécanicien devait y passer très fréquemment, parfois même jusqu'à 48 fois par jour.

A l'âge de 55 ans, il doit quitter le service en raison d'une angine de poitrine.

En dehors de cette angine de poitrine, il présentait une légère hypertrophie du ventricule gauche avec augmentation de l'épaisseur de la paroi.

Les coronaires étaient légèrement élargies.

Le conducteur avait éprouvé, à plusieurs reprises, des empoisonnements par la fumée provenant de sa locomotive.

Selon K., il y aurait une relation de cause à effet entre ces empoisonnements et l'angine de poitrine. L'oxyde de carbone contenu dans le gaz pourrait amener facilement des asphyxies locales par anoxhémie dans le tissu cardiaque et, consécutivement, des lésions d'angine de poitrine.

Ce malade souffrait, également, de crampes cardiaques assez graves qui pouvaient être aussi bien causées directement par les empoisonnements successifs que par l'angine de poitrine.

K. a pu également constater, dans d'autres cas, qu'un cœur qui a, dans sa substance, des petits foyers de nécrose dus à des petites asphyxies provoquées par l'oxyde de carbone, est prédisposé à l'angine de poitrine. Cette dernière peut donc être regardée comme une suite des empoisonnements successifs. C'est particulièrement le cas du sujet dont K. relate l'histoire, sans qu'aucune autre cause, la syphilis en particulier, puisse être ici invoquée.

Guy Hausser.

B. Kemkes (Francfort-sur-Mein). ***La gangrène gazeuse après injections de médicaments contenant de la quinine*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 45, 6 Nov. 1936, p. 1532-1534). — On a rapporté assez souvent des cas de gangrène gazeuse à la suite d'injections médicamenteuses intra-musculaires. Parmi ces médicaments, il se trouve des cas où il s'agissait de quinine, soit pure, soit associée à d'autres substances médicamenteuses.

K. a fait plusieurs expériences pour étudier l'influence de la quinine sur le comportement des bacilles de la gangrène gazeuse. Il a constaté que la « solvochine » qui contient 25 pour 100 de quinine et la quinine ont un effet amoindrissant sur la formation de ces bacilles. Il a pourtant pu constater que les bacilles sont détruits par de tels médicaments seulement au bout de 33 à 40 jours.

La conséquence qu'il tire de ces expériences est donc la suivante: s'il s'agit d'injections de médicaments contenant de la quinine, des bacilles de la gangrène gazeuse peuvent se trouver dans l'ampoule, seulement dans le cas où il s'agit d'un médicament qui est frais de moins de 6 semaines, ou d'une solution de quinine très faible.

Dans tous les autres cas d'injections de quinine, l'infection, si elle a lieu, doit être attribuée beaucoup plus à un accident survenu à l'injection elle-même. D'ailleurs, les causes de tels accidents au cours de l'injection peuvent être des plus variées.

Guy Hausser.

B. Bibus (Prague). ***Forme hépatique de la lymphogranulomatose*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 46, 13 Nov. 1936, p. 1561-1563). — Dans les cas de lymphogranulomatose abdominale la forme hépatique est, le plus souvent, prédominante. Cette forme de la maladie est assez difficile à diagnostiquer et, fréquemment, il faut se baser sur des symptômes secondaires pour pouvoir constater la granulomatose.

Une fièvre intermittente semble être caractéristique tant à la période prémonitoire que pendant la maladie même.

On trouve, dans la rate et à son voisinage, des tumeurs de grandeur assez considérable. Toutefois, si ces tumeurs sont très volumineuses, on peut penser beaucoup plus à une affection leucémique. Le foie est, en général, hypertrophié. Ce fait s'accompagne d'une élimination accrue d'urobiline dans les urines. L'ictère que l'on constate assez souvent peut être dû à une origine mécanique ou bien à des modifications de la substance hépatique. La composition du sang est bien variable et peu caractéristique. La formule hépatique rencontrée dans les autres formes de lymphogranulomatose ne se trouve que rarement. La rapidité des métastases est accélérée. Dans tous les cas observés par B., la durée de la maladie a varié. Dans les cas observés entre 2 mois et 5 ans, 1/3 fut mortel.

Pour le diagnostic, il faut principalement considérer les lymphadénoses leucémiques et aleucémiques. Il semble surtout difficile de distinguer la maladie granulomateuse de la tuberculose isolée de la rate. D'ailleurs, fréquemment, les 2 maladies peuvent coexister.

Comme thérapeutique, B. recommande une cure d'arsenic et surtout le traitement par les rayons X. Un tel traitement amène, en général, rapidement une amélioration subjective sans que la guérison elle-même se fasse immédiatement.

Guy Hausser.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

R. Fleckseder. ***A propos de quelques-unes des conditions étiologiques du cancer des bronches*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 39, 25 Septembre 1936, p. 1585-1588). — D'après les observations de 62 cas de cancers bronchiques F. a pu déterminer un certain nombre de facteurs qui paraissent jouer un rôle dans le développement de cette redoutable affection :

1° Les altérations des poumons et des grosses bronches qui déterminent la formation de cicatrices, de scléroses, etc., se retrouvent constamment dans les antécédents des cancéreux. Parmi les affections les plus souvent notées, il faut signaler la tuberculose pulmonaire.

2° Les processus artériels en amenant un rétrécissement des vaisseaux qui irriguent les territoires pulmonaires provoquent par conséquent une diminution de l'apport d'oxygène; c'est ainsi que l'hypertension artérielle, l'athérome sénile et peut-être aussi la syphilis et le saturnisme chronique pourraient jouer un rôle.

3° Chez les femmes, un facteur endocrinien peut être invoqué : altération du fonctionnement glandulaire lors de la ménopause. Ce facteur a été retrouvé constamment chez toutes les malades atteintes de cancer bronchique, mais il faut souligner que la proportion des femmes est faible dans la statistique de F. (15 pour 100); d'ailleurs, le facteur vasculaire ne serait pas négligeable dans le déterminisme de l'altération glandulaire

4° Pour le plus grand nombre des malades du sexe masculin on note l'abus du tabac et surtout des cigarettes, facteur qui agit à la fois sur le revêtement épithélial bronchique et à titre de modificateur des vaisseaux. G. Dreyfus-Sée.

H. Zischinsky. ***Forme inhabituelle d'altérations vasculaires au cours de la scarlatine*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 48, 27 Novembre 1936, p. 1960-1962). — Les altérations capillaires par la toxine scarlatineuse ont déjà été décrites ; au cours des 3 observations relatées par Z. le trouble vasculaire affectait une forme assez particulière et déterminait un gonflement œdémateux prédominant aux mains et aux pieds et différent de l'aspect habituel des œdèmes. Cette manifestation est survenue chez des enfants qui avaient présenté des scarlatines banales, elle est apparue au cours du syndrome secondaire (troisième à cinquième semaine de la maladie). L'œdème était notable, sans signe du godet, sans modification de la peau et sans douleur. Dans un des cas, l'existence de suffusion sanguine a permis de conclure à l'origine vasculaire de cette complication qui serait due à la toxine scarlatineuse.

G. Dreyfus-Sée.

G. Henkel. ***L'action diurétique de la vitamine C dans la cirrhose hépatique*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 48, 27 Novembre 1936, p. 1970-1971). — Outre son rôle classique dans le scorbut, la carence en vitamine C a été invoquée dans l'étiologie de nombre d'autres affections. Il semble, en particulier, que lors de certaines maladies du tube digestif les troubles de la *résorption* intestinale puissent provoquer un syndrome de carence malgré un apport suffisant de vitamine C alimentaire. Le cas de cirrhose hépatique relaté par H. présente un intérêt particulier, du fait que l'administration intraveineuse de vitamine C améliora, non seulement les symptômes scorbutiques présentés par le malade, mais encore, les signes mêmes de la cirrhose hépatique, et exerça surtout une remarquable action diurétique, qui ne paraît pas avoir été signalée jusqu'ici.

G. Dreyfus-Sée.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Simon et Kaplanskaia. ***Le régime sans sel dans la tuberculose cutanée*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **103**, n° 43, 24 Octobre 1936, p. 1431-1437). — S. et K. ont modifié le régime de Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfer en diminuant la quantité de graisse de 20 à 25 pour 100 et en augmentant la quantité d'hydrates de carbone de 25 à 30 pour 100, par une quantité plus grande de pain sans sel. La teneur en calories de ce régime s'élève à 2.500-2.600 (pour 50-55 kilogr.). Les aliments se répartissent ainsi : albuminoïdes 90 gr., graisses 120 gr., hydrates de carbone 300 gr. On donne jusqu'à 600 gr. de lait par jour et 150 gr. de viande et de poisson, 1.200-1.500 gr. de liquide (soupe et thé). Les vitamines sont apportées par les fruits et les carottes crues (150-200 gr.).

En 16 mois, furent traités 52 malades, qui avaient déjà subi parfois d'autres traitements (photo, héliothérapie, chirurgie). Ces malades se décomposaient ainsi : 5 lupus vulgaires plans, 5 lupus vulgaires verruqueux et tumidus, 3 gommes tuberculeuses, 1 sarcoïde de Boeck, 38 lupus vulgaires ulcéreux, dont 24 avaient en même temps des lésions des muqueuses.

Une guérison complète fut obtenue chez 5 malades en 5-6 mois, chez 5 en 7-8 mois, chez 1 en 12 mois; une amélioration notable chez 4 en 6 semaines, chez 8 en 3-4 mois, chez 6, en 5-6 mois, chez 8 en 7-8 mois, chez 4 en 12 mois; une simple amélioration fut constatée chez 5 malades en 6 semaines, chez 3 en 3-4 mois, chez 2 en 5-6 mois, et chez 1 en 10 mois. Soit 41 cas en guérison clinique ou amélioration notable et 11 cas améliorés.

Aucun incident ne fut noté au cours de la cure, à part une légère constipation au début : on constata toujours une amélioration de l'état général, une augmentation du poids, de l'hémoglobine, de l'index colorimétrique et des hématies. Une diminution de la leucocytose fut observée chez les malades atteints d'hyperleucocytose.

L'érysipèle paraît plus fréquent chez les malades qui suivent ce régime, mais il est fugace et léger.

La sensibilité à la tuberculine diminue dans les 3 premiers mois et tend ensuite à remonter. La sensibilité à la lumière (rayons ultra-violets) est un peu augmentée.

R. Burnier.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Leipzig)

H.-R. Paas (Cologne). ***Au sujet de la perforation de l'estomac et du duodénum après un repas opaque aux rayons et de ses suites*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **247**, Fascicules 7-8, Septembre 1936, p. 461-493). — P. rapporte 2 observations de cette complication, rarement observée chez nous.

1° Un homme de 56 ans absorbe 400 cmc de citobarium; l'examen radiologique localise un ulcus au niveau de la petite courbure et précise en outre que le bulbe est attiré et que l'évacuation de l'estomac est très défectueuse. Le lendemain, la mise en place d'une sonde duodénale provoque une vive douleur. Opération 3 heures après. On trouve une perforation béante de la petite courbure, par laquelle le contenu gastrique mélangé à de la baryte s'écoule. Suture de la perforation. La cavité péritonéale contient une grande quantité de substance barytée mélangée avec de la bile. Mort 3 jours après.

2° 2 heures après l'absorption de citobarium, un homme est admis à la clinique de Cologne avec un syndrome de perforation. Un examen radioscopique ne montre pas d'épanchement gazeux sousphrénique, mais révèle par contre des taches opaques autour de l'estomac et du duodénum. A l'ouverture du péritoine, épanchement bilieux, sur la face antérieure de l'estomac et du duodénum nombreux amas de substance barytée qui se laissent très mal déterger.

On trouve une perforation de la face antérieure de la première portion du duodénum. Gastropylorectomie. Guérison. P. admet avec d'autres que le rôle mécanique joué par la masse opaque est favorisé dans certains cas par la palpation brutale de la région épigastrique, pratiquée par certains afin de faciliter le contact de la masse opaque avec la muqueuse et avec l'ulcère, dans d'autres cas par de violentes contractions gastriques (qui se produisent aisément, chez des sujets soumis depuis un certain temps à une diète sévère) au moment de la pénétration de la masse lourde opaque.

P. a étudié la pénétration intrapéritonéale expérimentale, sur des chiens, de la masse opaque. Il a constaté qu'avec une masse opaque stérilisée, la suture a procuré 5 guérisons dans 6 cas, que l'absence de suture a entraîné la mort 4 fois sur 5, le cas heureux concernant une perforation spontanément oblitérée. L'examen des viscères péritonéaux montre que au bout de quelques semaines les particules de barium ont subi une sorte d'encapsulement par la séreuse et cela au niveau de tous les viscères, du mésentère, du grand épiploon, du péritoine pariétal.

P. Wilmoth.

Helene Sœst (Cologne). ***Au sujet du traitement du furoncle de la face*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **247**, Fascicules 7-8, Septembre 1936, p. 526-529). — S. rappelle la mortalité élevée dans l'excision du furoncle de la face. A la clinique chirurgicale de Cologne, en 8 ans, 339 furoncles de la face ont été observés et grâce au traitement conservateur la mortalité n'a été que de 2,9 pour 100. Sur les 10 cas mortels, 7 fois la thrombose de la veine angulaire de l'œil a été affirmée. La ligature de la veine angulaire ne peut être efficace qu'à la phase du début de l'extension septique, et ce début est marqué par la douleur et l'épaississement pariétal révélés par la palpation. Cette ligature, faite à une phase tardive, dans 4 cas, n'a pas empêché l'évolution fatale.

P. Wilmoth.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig et Dresde)

F. Kuhlmann. ***Radiologie des affections de l'intestin grêle*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **54**, Novembre 1936, p. 433-469. — Au point de vue du diagnostic, l'intestin grêle ne joue en pathologie qu'un rôle assez effacé ; c'est ainsi que dans les douleurs abdominales gauches, c'est avant tout l'estomac que l'on tend à mettre en cause; théoriquement, il y a, à cela, plusieurs raisons : la faible proportion des affections du grêle, leur connaissance insuffisante, l'absence de moyens de diagnostic; on ne pense, en effet, qu'à ce que l'on connaît, soit par expérience, soit théoriquement.

Les principales données sur lesquelles on peut s'appuyer pour porter le diagnostic d'affection du grêle sont : l'anamnèse, l'examen clinique, et, en particulier, la palpation en vue de la recherche et de la localisation exacte des points douloureux, l'examen des selles (encore celui-ci ne fournit-il, dans la majorité des cas, que des renseignements de valeur discutable en raison de ce que les modifications survenues pendant la traversée du grêle sont masquées par celles qui surviennent durant la traversée colique) et l'examen radiologique. C'est ce dernier qui, avec l'anamnèse, fournit les ren-

seignements les plus intéressants au point de vue du diagnostic.

On ne saurait cependant conclure au point de vue pathologique sans connaître parfaitement l'aspect de l'intestin grêle normal que décrit K.; il insiste à ce propos sur les difficultés d'interprétation qui résultent et de la superposition de diverses anses intestinales se projetant sur une même surface, et de l'action d'une sécrétion excessive qui peut contribuer à empêcher la netteté désirable des images.

La pathologie de l'intestin grêle comporte: des troubles de la motilité, l'accélération et le retard du transit, un défaut de tonicité (qu'il s'agisse d'hypertonie ou d'atonie, localisées ou généralisées), l'arrêt du transit par obstruction, des troubles de la sécrétion (qu'il s'agisse d'hypersécrétion ou de défaut de réponse à la stimulation provoquée par le repas baryté). Au cours de troubles différents frappant le grêle, on peut observer une aéroiléie anormale qui a été surtout décrite au niveau de l'iléon.

On ne saurait attacher une grande importance au procédé d'imprégnation de la muqueuse (étude du relief) en raison de l'extrême complication qui résulte, même à l'état normal, des aspects du relief.

K. cite, cependant, les cas de troubles inflammatoires parmi ceux qui sont susceptibles de provoquer des modifications appréciables; en effet, la diminution prolongée de mobilité de la muqueuse provoque des modifications du relief avec persistance de substance opaque au niveau des plis de la muqueuse, et un retard d'évacuation.

K. rappelle les symptômes généraux des affections du grêle en insistant plus particulièrement sur l'entérite chronique et les formes cliniques variées que celle-ci peut présenter. Il étudie les rapports qui existent entre le complexe clinique et les aspects radiologiques qu'il peut être donné d'observer, et tout particulièrement sur les diverses modalités de la douleur que peuvent présenter les malades; il envisage la nature, l'intensité, la localisation précise et le moment où les douleurs surviennent, dans leurs rapports avec les données fournies par l'examen radiologique.

Il conclut en montrant l'intérêt de cet examen en vue de la thérapeutique tant médicale que chirurgicale.

Nos connaissances en ce qui concerne l'intestin grêle ne sont encore que peu étendues et peu précises et il y aurait intérêt à poursuivre méthodiquement cette étude.

Morel-Kahn.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

L. Gross et **C.-K. Friedberg.** ***L'endocardite non bactérienne par thrombose. Classification et description générale*** (*Archives of internal Medicine*, t. **58**, n° 4, Octobre 1936, p. 620-640). — G. et F. ont étudié 150 cas avec autopsie qui avaient été étiquetés anatomiquement endocardite indéterminée, terminale ou thrombosante. Dans 47 cas, il existait microscopiquement des végétations récentes, ne s'accompagnant pas de réaction valvulaire de fraîche date, sans présence de bactéries et sans signes cliniques ou anatomiques d'infection rhumatismale récente ou d'endocardite verruqueuse atypique. G. et F. ont désigné cet état sous le nom d'endocardite non bactérienne par thrombose. Ils ont éliminé les 103 autres cas, un examen histologique complet ayant révélé une endocardite bactérienne, une récidive d'infection rhumatismale ou des altérations valvulaires représentant des lésions guéries d'autres formes connues d'endocardite.

G. et F. donnent une classification des endocardites et discutent la place de l'endocardite non bactérienne par thrombose. Les 47 cas relatés rentrent dans 5 sous-groupes. 2 de ceux-ci, comprenant respectivement 3 et 4 cas, possèdent des traits cliniques et anatomiques communs. Dans le premier, l'endocardite était associée à du purpura thrombopénique et chez un malade à des lésions vasculaires étendues. Dans le second sous-groupe, l'endocardite s'accompagnait d'inflammation étendue des séreuses avec polyarthrite, parfois de forme spéciale, et de lésions vasculaires variées. Le 3e sous-groupe (32 cas) comprend des cas où l'endocardite est survenue au cours de diverses maladies infectieuses et cachectisantes (pneumonie, péritonites, carcinose, leucémie, urémie, etc.). La caractéristique de ce sous-groupe est la production de végétations sur des valvules qui ont constamment été déformées par une maladie antérieure, d'ordinaire l'inflammation rhumatismale. Dans un 4e petit groupe, comprenant 4 cas de carcinose et 1 d'urémie, les végétations se rencontraient sur des valvules apparemment normales. Dans le 5e sous-groupe rentrent 3 cas qui ne purent être classés.

G. et F. considèrent l'endocardite non bactérienne par thrombose comme une manifestation épisodique survenant au cours d'une maladie à évolution fatale et dénuée par elle-même de signification clinique importante. Son développement est lié probablement à des altérations préalables des valvules, altérations qui dans ces cas étaient presque toujours dues à une infection rhumatismale ancienne. S'il ne semble pas probable que l'endocardite verruqueuse elle-même reconnaisse une origine directement rhumatismale, on doit cependant tenir compte de cette possibilité. Dans les 2 premiers sous-groupes, l'endocardite semble avoir été causée par quelque agent toxique ayant une prédilection pour le tissu endothélial.

P.-L. Marie.

C.-K. Friedberg et **L. Gross.** ***L'endocardite non bactérienne par thrombose associée au purpura thrombopénique aigu*** (*Archives of internal Medicine*, t. **58**, n° 4, Octobre 1936, p. 641-661). — F. et G. étudient en détail ici les faits appartenant au premier sous-groupe de l'endocardite non bactérienne par thrombose; ils constituent avec ceux du second sous-groupe un ensemble présentant des caractères cliniques communs. Ils comprennent 3 cas revêtant le tableau du purpura thrombopénique, fulminant chez 2 malades, associé dans 1 cas à des lésions vasculaires étendues.

La fièvre, le purpura, les épistaxis, les gingivorragies, une anémie grave, une diminution marquée des plaquettes, une rétraction défectueuse du caillot, un temps de saignement prolongé et une rapide évolution vers la mort furent les caractéristiques dominantes. La possibilité d'une infection générale fut envisagée, mais toutes les hémocultures demeurèrent négatives et on ne décela pas de bactéries au niveau des végétations. 2 des malades présentèrent de l'ictère, attribuable probablement aux altérations hépatiques.

A l'autopsie, outre l'endocardite non bactérienne atteignant les valvules, il existait de la splénomégalie chez ces 3 malades et on trouvait les lésions qui accompagnent d'ordinaire les infections générales. Chez 2 malades, il y avait de la péricardite plastique et, chez le troisième, des lésions vasculaires très diffuses (présence de bouchons hyalins ou granuleux dans les capillaires et les artérioles du cœur, du foie, de la rate, des reins et des surrénales, parfois revêtus d'endothélium et recanalisés, desquamation et prolifération de l'endothélium formant des masses polypeuses ou verruqueuses dans la lumière). Tout nodule d'Aschoff faisait défaut, ainsi que toute réaction inflammatoire au niveau des valvules, siège de végétations.

F. et G. discutent l'existence possible d'un processus infectieux déterminant les lésions vasculaires et les manifestations purpuriques.

P.-L. Marie.

C.-K. Friedberg, L. Gross et **K. Wallach.** ***L'endocardite non bactérienne par thrombose associée à une fièvre prolongée, à des arthrites, à de l'inflammation des séreuses et à des lésions vasculaires étendues.*** (*Archives of internal Medicine*, t. **58**, n° 4, Octobre 1936, p. 662-685). — F., G. et W. envisagent ici les 4 malades classés dans le second sous-groupe de l'endocardite non bactérienne par thrombose et qui offrent des caractères cliniques communs avec ceux du premier sous-groupe étudiés ci-dessus. Ici, la maladie était caractérisée par une fièvre prolongée, des arthropathies multiples, de l'inflammation des séreuses (plèvre, péricarde, péritoine, endocarde et synoviales) et des lésions vasculaires diverses.

L'évolution fut celle d'une infection générale, mais les hémocultures demeurèrent toujours stériles. Le début fut marqué par des arthrites multiples inflammatoires, atteignant les petites et les grosses articulations et rappelant le rhumatisme articulaire aigu, mais ayant abouti chez 2 malades au développement de déformations accentuées avec aspect en fuseau des doigts et ankylose, comme dans les arthrites infectieuses chroniques. Dans tous les cas, on trouva, au début, des frottements péricardiques et chez 3 malades il existait des frottements pleuraux. Tous les malades présentèrent des signes d'épanchement pleural. L'un d'eux eut de l'ascite. Les symptômes d'endocardite restèrent vagues, se traduisant d'ordinaire par un souffle systolique. Dans tous les cas, on trouva de l'albuminurie et des cylindres. Les signes d'anémie secondaire étaient très frappants. La mort résulta des progrès de la toxémie, de l'anémie et de la cachexie. Le diagnostic se posait avec une infection générale, une endocardite lente, le rhumatisme articulaire aigu et la tuberculose.

A l'autopsie, il existait de la pleuro-péricardite adhésive avec oblitération des cavités séreuses, une quantité excessive de liquide péritonéal, de la périhépatite et de la périsplénite avec adhérences entre le foie, la rate et les organes voisins, les synoviales étaient épaissies et œdématenses, présentant de l'hyperplasie de l'endothélium et des infiltrations périvasculaires. Du côté du cœur existaient des végétations sur une ou plusieurs des valvules, consistant en une agglomération de plaquettes sanguines, déposées sur la valvule qui elle-même ne présentait que peu ou pas de réaction inflammatoire. Rien ne parlait en faveur d'une origine rhumatismale. Dans tous les cas on trouvait des altérations vasculaires au niveau de nombreux organes, consistant en prolifération endothéliale, desquamation de l'endothélium avec dégénérescence granuleuse et tuméfaction, rétrécissement ou oblitération de la lumière par des bouchons hyalins ou granuleux, parfois nécrose de la paroi des vaisseaux.

Les caractères cliniques et anatomo-pathologiques font penser à l'intervention d'un agent infectieux doué d'un effet toxique prononcé sur les tissus limités par un endothélium.

P.-L. Marie.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

S.-C. Dyke. ***Agranulocytose et amidopyrine*** (*British Medical Journal*, n° 3957, 7 Novembre 1936, p. 911-914). — L'agranulocytose est plus fréquente actuellement et elle se rencontre davantage en Allemagne, au Danemark, en Amérique qu'en Angleterre. On l'observe surtout chez des sujets qui sont en rapport avec la profession médicale et de préférence chez les femmes après la ménopause.

D. à propos de 3 cas d'agranulocytose consécutifs à l'absorption d'amidopyrine qu'il a observés discute cette étiologie spéciale. Pour lui, il ne s'agit pas d'allergie, ces sujets sensibilisés à l'amidopyrine ne faisant pas de réaction à l'intradermoréaction. Mais cette sensibilité se remarque pres-

que toujours chez des sujets qui ont passé le milieu de la vie et chez la femme se rencontre surtout au moment de la ménopause. Elle serait donc associée sinon conditionnée par une altération ou un trouble d'équilibre des hormones génitales.

André Plichet.

Cuthbert Leslie Cope. ***L'intoxication par les alcalins. Un danger dans le traitement de l'ulcère gastrique*** (*British Medical Journal*, n° 3957, 7 Novembre 1936, p. 914-917). — Dans le traitement des ulcères gastriques et des gastrites, on fait un large usage des alcalins, bicarbonate de soude, craie, magnésie, carbonate de bismuth. Il n'est pas rare d'observer une véritable intoxication qui commence plus ou moins tôt suivant les sujets.

Cette intoxication se signale d'abord par des troubles fonctionnels, changement de caractère, irritabilité, excitation ou dépression, difficulté d'idéation, somnolence qui peut aller jusqu'au coma. Le malade se plaint de maux de tête et de douleurs oculaires. Les signes physiques sont peu nombreux : dans les cas sévères la respiration est ralentie et superficielle. Les muscles sont très excitables à la répercussion, mais on remarque rarement de la tétanie. La pression artérielle est normale. Les urines sont augmentées de volume à cause des propriétés diurétiques de ces sels alcalins. Elles sont alcalines, contiennent de l'albumine, des cylindres hyalins et granuleux et une concentration basse en chlorures.

Dans le sang, on trouve une élévation de l'urée, une alcalose mal compensée avec diminution de la concentration en chlorures, une augmentation du calcium et du magnésium.

Pour le diagnostic, on ne peut guère s'appuyer sur les symptômes cliniques, il faut recourir au laboratoire. Une élévation de la réserve alcaline à plus de 80 volumes pour 100 est une certitude d'intoxication alcaline, même si le malade est atteint de néphrite chronique.

Le traitement consiste naturellement en la suppression des sels alcalins qui amène le retour du sang à la normale. Mais dans certains cas, on est obligé de recourir à la rechloruration du sujet par lavement salé. On peut également avoir recours au chlorhydrate d'ammoniaque qui combat l'alcalose. Enfin, chez de tels sujets, il faudra remplacer l'usage des poudres alcalines soit par le phosphate de soude, soit par le silicate de magnésie hydratée.

André Plichet.

Dorothy Campbell. ***Observations récentes sur la biochimie du cristallin*** (*British Medical Journal*, n° 3961, 5 Décembre 1936, p. 1133-1137). — Dans cet article, C. donne un résumé des principaux travaux parus depuis 3 ans sur la biochimie du cristallin. Ces travaux ont porté sur de nouvelles méthodes de production expérimentale de la cataracte, sur les troubles du métabolisme de certaines substances associées à la cataracte, sur la découverte de nouvelles substances dans le cristallin.

Expérimentalement, chez l'animal, on peut produire la cataracte en perturbant le métabolisme des hydrates de carbone, en produisant une déficience en vitamines, en administrant certaines substances toxiques; enfin, on a pu observer, chez l'animal, une cataracte héréditaire.

En donnant à des rats un régime contenant soit 70 pour 100 de lactose, soit 35 pour 100 de galactose, on voit se développer rapidement une cataracte qui arrive à maturité en 10 à 12 semaines. Cette cataracte est à développement central chez les animaux jeunes, à développement cortical chez les vieux. Ces doses élevées de lactose ou de galactose amènent un bouleversement du métabolisme du calcium.

De multiples expériences ont été poursuivies avec les vitamines. La carence en vitamine A, B (et principalement B2) amène chez les rats rapidement une cataracte. Les expérimentateurs se divisent seulement sur la question du pourcentage de résultats positifs. Bourne et Pyke (1935) ont vu qu'en ajoutant 1 pour 100 de cystine à un régime carencé en vitamine B2 on empêchait la production de la cataracte.

Le naphtalène et le dinitrophénol produisent des cataractes. En Amérique, où cette dernière substance constitue un remède populaire depuis Juillet 1935, il a été observé plus de 100 cas de cataracte. Il semble que ces deux corps agissent en détruisant la cystine contenue dans le cristallin.

Au point de vue général, les dosages dans le sang de différentes substances telles que le cholestérol, le sucre, le calcium n'ont point éclairci le problème. Les dosages, plus récents, du glutathion, de la cystine n'ont également rien montré. Pour Bellows, la quantité de vitamine C, contenue dans le sang des sujets normaux, est de 1 à 2 milligr., elle est légèrement moindre chez les sujets porteurs de cataracte. Si on donne 150 cmc de jus d'orange, le taux de vitamine C s'élève chez les premiers, reste immuable chez les seconds.

Le cristallin et l'humeur aqueuse contiennent du glutathion et de la vitamine C en assez grande quantité. Pour Muller et Bushke, on trouve dans le cristallin 30 milligr. pour 100 et dans l'humeur aqueuse 12 milligr. pour 100 de vitamine C. La vitamine C comme le glutathion disparaissent du cristallin atteint de cataracte et diminuent dans l'humeur aqueuse.

Le cristallin contient en outre des quantités minimes de substances fluorescentes. Le cristallin normal contient de la flavine qui est un composant de la vitamine B2; dans la cataracte, cette substance est remplacée par la lumiflavine, modification photolytique de la flavine. On trouve également dans le cristallin de la diméthylalloxazine, substance fluorescente bleue qui augmente avec l'âge.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

H.-C. Barry et **H.-W. Florey.** ***Le traitement de l'ulcère peptique par l'histidine*** (*The Lancet*, n° 5900, 26 Septembre 1936, p. 728-734). — B. et F. ont essayé de vérifier les travaux d'Aron par des expériences sur des chiens et des chats en créant un diverticule de Merckel expérimental suivant la technique de Mathews et Dragstedt. De cette façon, on est à l'abri des causes d'erreur produites par la digestion.

Sur 22 chats non traités par l'histidine, 12 moururent rapidement; 9 animaux vécurent 20 jours et plus après l'opération. Chez ces animaux, on trouva des ulcères peptiques dans la boucle iliaque opposée à l'anastomose. L'examen microscopique des ulcères montra qu'ils ressemblaient à des ulcères chroniques typiques.

34 chats, après l'opération furent traités par des injections quotidiennes d'histidine 0 cmc 5 d'une solution à 2 pour 100, les injections étaient commencées le 3e jour après l'opération et continuées jusqu'à la mort de l'animal. Sur les 34 animaux traités, 25 moururent rapidement, 9 vécurent 18 jours ou plus. Parmi eux, 5 moururent d'hémorragie ou de péritonites.

Des expériences faites sur des porcs donnèrent des résultats comparables.

D'après leurs expériences, B. et F. concluent que l'histidine est incapable d'empêcher la formation de l'ulcère peptique quand il était causé par l'action du suc gastrique non neutralisé et que malgré les observations favorables publiées jusqu'à ce jour en France et à l'étranger il n'y a pas de preuves que l'histidine ait une action spécifique quelconque sur l'ulcère peptique.

André Plichet.

E. Bulmer. ***Traitement de l'ulcère peptique par l'histidine; étude de 126 cas avec les résultats immédiats et lointains*** (*The Lancet*, n° 5900, 26 Septembre 1936, p. 734-737). — Le traitement ambulatoire par injection d'histidine donne au moins d'aussi bons résultats que le régime alcalin par traitement ambulatoire. Dans 3/4 des cas, la guérison a été obtenue et parmi ceux-ci 60 pour 100 avaient une radiographie normale.

Ce traitement devrait être réservé pour les cas simples et faciles. Il est contre-indiqué dans les cas d'hémorragies récidivantes, dans les ulcères profonds ou calleux, dans les cas de sténose du pylore, soit parce qu'il reste sans effet ou parce que d'autres modes de traitement sont plus désirables.

Les rechutes ne paraissent pas être influencées par l'histidine.

D'une façon générale, le traitement par l'histidine devrait être considéré comme le complément du traitement par les alcalins.

Le mode d'action de l'histidine reste obscur et les théories actuelles sont à réviser.

André Plichet.

R. Klaber. ***Le traitement spécifique et non spécifique des furoncles. Résultats du traitement par la toxoïde staphylococcique*** (*The Lancet*, n° 5901, 3 Octobre 1936, p. 784-787). — L'expérience clinique montre que le meilleur traitement est encore celui de la cause. Des troubles locaux et moins souvent des troubles régionaux ou généraux se rencontrent dans une large proportion. Le traitement de ces troubles n'est pas seulement essentiel, mais suffit souvent à empêcher la récidive.

L'efficacité d'un traitement spécifique pour les furoncles récidivants est particulièrement difficile à affirmer étant donné le caractère irrégulier de cette affection.

79 cas de furoncles, revus 2 ou 3 ans après des traitements non spécifiques tels que, rayons ultra-violets, bains de lumière et radiothérapie, ne présentaient pas de récidives, à part 3 cas, particulièrement résistants, chez lesquels d'ailleurs il y avait des lésions cutanées locales.

Les résultats obtenus par K. dans une petite série de cas (20 cas de sycosis et 13 cas de furoncles) traités par la toxoïde (anatoxine) staphylococcique ne sont pas suffisamment encourageants pour justifier un essai prolongé.

Les injections de toxoïde augmentent les antihémolysines, mais il n'y a pas de preuve que cette augmentation ait une valeur clinique quelconque, et on est amené à conclure que ce traitement n'a pas une supériorité évidente sur les traitements non spécifiques.

André Plichet.

THE CALCUTTA MEDICAL JOURNAL

Jyotirmoy Banerjee (Calcutta). ***Etat de la vision des étudiants de Calcutta*** (*The Calcutta medical Journal*, t. 31, n° 4, Octobre 1936, p. 193-198). — Cette enquête statistique fut poursuivie de 1918 à 1930, sur 8.197 élèves de différents collèges de Calcutta (1.329 entre 5 et 10 ans, 4.210 entre 10 et 17 ans, 2.208 entre 17 et 22, 450 au-dessus de 22) ; 64,46 pour 100 des sujets avaient une vision normale.

Des 2.914 présentant une anomalie, 57,79 pour 100 (20,30 pour 100 du total) étaient atteints de myopie (1.148 myopes, 382 astigmates myopes simples, 134 astigmates myopes complexes).

Les autres défauts de la vision étaient dus chez 42 enfants à une maladie intercurrente.

782 étaient hypermétropes, 280 présentaient un astigmatisme hypermétropique simple, 80 un astigmatisme hypermétropique complexe, 55 élèves, enfin, étaient atteints d'amblyopie.

La myopie est plus fréquente et l'hypermétropie

moins répandue chez les filles que chez les garçons.

L'hypermétropie diminue et la myopie augmente à mesure que les élèves passent des basses classes aux classes supérieures et des écoles au Collège secondaire.

ROBERT CLÉMENT.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

C.-J. Van Mervennée. ***Influence des ondes électromagnétiques sur le sang périphérique des lapins*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 4, n° 42, 17 Octobre 1936, p. 4698-4703). — M. a procédé à une série de recherches destinées à compléter nos connaissances relativement aux effets des ondes courtes sur la morphologie du sang périphérique. Les animaux d'expérience utilisés ont été des lapins de diverses espèces, qui ont été soumis, généralement pendant 30 minutes, à l'action d'ondes de 15 à 30 mètres, après avoir été préalablement étudiés au point de vue du taux de l'hémoglobine, du nombre des érythrocytes et des leucocytes, ainsi que de la formule sanguine.

Il a été ainsi constaté que, 10 à 20 minutes après l'action des ondes, les leucocytes commencent à diminuer, le minimum étant observé au bout de 2 ou 3 heures. Cette leucopénie est suivie d'hyperleucocytose et le retour à la normale se fait, en général, en 3 heures. Ainsi, par exemple, le nombre des leucocytes étant chez un animal, avant le traitement, de 14.150, on en compta au bout de 7 minutes 8.500, au bout de 20 minutes 10.100, au bout de 35 minutes 6.850, au bout de 1 heure et demie 10.825, au bout de 2 heures 9.975 et au bout de 3 heures 16.225.

Avec des ondes de 6 mètres, on a constaté que les leucocytes diminuaient de 29 pour 100, la température s'élevant de 2°6; avec des ondes de 15 mètres la diminution des leucocytes a été semblable alors que l'élévation de la température n'a été que de 1°3. Avec des ondes de 30 mètres, la diminution des leucocytes a été de 24 pour 100 et l'élévation de la température de 0°6. L'hémogramme blanc n'a pas présenté de modification caractéristique suivant la longueur d'onde.

Pour savoir si cette action des ondes courtes ne se confondait pas avec des effets thermiques, M. a soumis une série d'animaux aux radiations infrarouges: l'abaissement des leucocytes a été alors de 21 pour 100 et l'élévation de la température de 0°7. Sous l'action de l'arc électrique, les leucocytes ont diminué de 30 pour 100 et la température s'est élevée de 1°.

Sous l'influence des ondes courtes, le nombre des érythrocytes et la vitesse de sédimentation ne sont pas modifiés, mais le temps de coagulation du sang a été constamment raccourci. Ce dernier phénomène n'a été observé que 62 fois sur 100 quand il s'agissait d'infrarouges et d'arc électrique.

P.-E. MORHARDT.

F.-S.-P. Van Buchem et J.-L. Keyzer. ***Tachycardie paroxystique chez un enfant de 3 ans*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 4, n° 45, 7 Novembre 1936, p. 5005-5011). — B. et K. rappellent que la tachycardie paroxystique, qui est considérée par certains auteurs comme inobservée chez les enfants, a cependant fait l'objet, d'après la revue d'ensemble d'Amberg et Willius, de 35 publications d'observation auxquelles B. et K. en ajoutent 10. Sur ce total de 45 sujets, il en est 16 qui étaient des nourrissons. Dans 21 cas, la tachycardie a été analysée et il s'agissait 8 fois de flutter auriculaire, 9 fois de tachycardie auriculaire, 3 fois de tachycardie atrioventriculaire et 1 fois de tachycardie ventriculaire..

L'enfant observé par B. et K. a été très bien portant jusqu'à 2 ans 1/2 environ. A ce moment, il a eu une rougeole dont il ne s'est jamais remis et à la suite de laquelle il a présenté des douleurs articulaires. Il s'agit d'un enfant particulièrement vif et intelligent, qui présente de fortes pulsations au niveau du cou et un frémissement dans la région précordiale. Le cœur est élargi à la percussion; le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Au cours du séjour à l'hôpital, les accès se sont d'abord multipliés et l'état s'est aggravé. Des injections de ouabaïne et de glucose ont cependant amélioré les choses et au bout de deux mois l'enfant a quitté l'hôpital en bonne santé.

Il y a lieu d'admettre qu'après la rougeole l'enfant a été atteint de rhumatisme articulaire aigu dont les symptômes ont passé plus ou moins inaperçus.

L'électroeardiogramme a été pris plusieurs fois et on est arrivé ainsi à admettre qu'il s'agissait, non pas d'extrasystole ventriculaire ou auriculaire, mais de troubles de la conduction intraventriculaire, c'est-à-dire d'une parasystolie. La pathogenèse de ces accès de tachycardie correspond bien à la conception de Lohr, d'après laquelle il se produirait dans des centres secondaires des excitations régulières qui, à cause d'un « bloc protecteur », ne sont pas toujours suivies de contractions nomotropes des oreillettes ou des ventricules.

P.-E. MORHARDT.

A. Willemse. ***Intoxications aiguës par l'alcool méthylique dans une contrée minière et le traitement par injection intraveineuse de charbon*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 4, n° 46, 14 Novembre 1936, p. 5118-5120). — W. rend compte d'une série d'empoisonnements par l'alcool méthylique survenue dans le courant d'Octobre 1936. Deux personnes, 1 instituteur et 1 aubergiste, moururent chez elles après avoir présenté des vomissements, des douleurs épigastriques très vives, des pupilles larges, une démarche mal assurée et du collapsus. Le lendemain, il entra à l'hôpital un homme de 44 ans qui présentait depuis 4 heures des douleurs abdominales vives et des vomissements ainsi que du collapsus, un pouls très petit, mais pas fréquent, des pupilles très larges ne réagissant pas à la lumière comme si le sujet était entièrement aveugle. On fit le diagnostic d'intoxication par l'alcool méthylique. Le malade avait d'ailleurs bu, chez l'aubergiste décédé, 200 cmc d'un « bitter »; il avait commencé à vomir et à présenter des douleurs abdominales 24 heures plus tard. Au moment de l'examen, la tension du globe oculaire était diminuée, la respiration irrégulière, mais le pouls n'était pas accéléré.

Le même soir, il arriva à l'hôpital 5 autres personnes présentant des symptômes analogues; 3 d'entre elles avaient des troubles de la vue et il fut constaté chez chacune d'elles que les pupilles ne réagissaient pas à la lumière; dans 1 cas la pupille droite était plus dilatée que la gauche. Tous ces malades avaient vomi et ressentaient de vives douleurs dans l'abdomen, mais ne présentaient pas de diarrhée.

L'une de ces personnes mourut à l'hôpital quelques heures après son entrée et, d'autre part, 2 autres personnes avaient présenté des symptômes légers d'intoxication caractérisés par des pupilles dilatées et des phénomènes abdominaux. L'urine de ces personnes présentait d'une façon nette la réaction du groupe méthyle de Denigès.

Le traitement consista en lavages d'estomac par une suspension de charbon, en laxatifs, en saignées, en injections sous-cutanées d'une solution salée physiologique, en cardiotoniques, en applications de chaleur. Enfin on pratiqua des injections intraveineuses, toutes les heures, de 10 cmc d'une suspension à 7,5 pour 100 de charbon dans une solution salée physiologique. Les symptômes disparurent immédiatement après la première de ces injections, en tout cas après la seconde: l'acuité visuelle commença à revenir, les douleurs à s'atténuer, le pouls à s'améliorer et la tension oculaire à redevenir normale. Dans les cas sévères, la quantité de suspension de charbon injecté s'éleva à 50 cmc et dans les cas légers à 30 cmc.

W. a l'impression que le charbon est capable de fixer physiquement le poison dans le sang. La mortalité observée à l'occasion de l'épidémie de Berlin a été de 50 pour 100, tandis que celle qui fut observée par W. n'a été que de 25 pour 100.

P.-E. MORHARDT.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

E. Schnohr. ***Expérience clinique de l'insulinate de protamine chez les diabétiques atteints d'une affection chirurgicale*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. 78, fasc. 5-6, 11 Novembre 1936, p. 513-544). — S. a étudié l'action de l'insulinate de protamine, parallèlement à l'insuline, chez 4 sujets ayant besoin d'une intervention chirurgicale: une jeune fille de 22 ans présentant un abcès furonculeux; un homme de 41 ans atteint de lithiase néphrétique, chez lequel on fit une néphrolithotomie sous anesthésie rachidienne; une femme de 47 ans, atteinte de gangrène du pied avec abcès gangreneux et une femme de 70 ans dont la gangrène sèche de la jambe nécessita une amputation à la rachi-anesthésie.

Chez ces malades, l'effet de l'insulinate de protamine a paru favorable. En administrant l'insuline ordinaire le matin et en la remplaçant par l'insulinate de protamine le soir, on a obtenu une baisse substantielle de taux très élevé de la glycémie à jeun et on a évité les fluctuations du taux de la glycémie au cours de la journée. Les accès d'hypoglycémie ont disparu ou ont été plus rares. L'excrétion du sucre a diminué et la tendance à l'acidose a été bien combattue.

Jamais on n'a observé de mauvais effets, tels que réactions locales, choc protéinique ou absence de l'action de l'insuline. Un cas présentant des symptômes médullaires (qu'ils fussent d'origine diabétique ou dus à une hypersensibilité à l'insuline ordinaire) guérit après qu'on eut remplacé la moitié de la dose d'insuline par de l'insulinate de protamine.

L'évolution favorable que paraissent présenter les affections chirurgicales chez les diabétiques sous l'influence du traitement par l'insulinate de protamine justifie la conclusion qu'on devrait employer ce produit en présence de complications chirurgicales du diabète dès qu'il existe des fluctuations plus ou moins importantes de la glycémie.

ROBERT CLÉMENT.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Ch.-J. Finck. ***La goutte larvée*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 66, n° 28, 11 Juillet 1936, p. 660-663). — F. s'élève contre l'opinion de ceux qui prétendent que la goutte disparaît. D'après lui, ce sont simplement ses manifestations cliniques qui se modifient. La littérature rapporte de nombreux cas (Garrod, Ord et Greenfield, Levison, Luff) où, à l'autopsie, on a trouvé des lésions goutteuses articulaires sans que de leur vivant les sujets aient présenté des manifestations suffisamment caractéristiques pour être diagnostiquées.

La goutte n'est pas le résultat d'un trouble du métabolisme des urines dont l'acide urique dérive, mais de celui des albumines en général. De ce trouble naît un corps qui, agissant sur le système organo-végétatif du rein, crée des diminutions temporaires dans son pouvoir d'éliminer l'acide urique. Celui-ci, dans ces conditions, se dépose dans les tissus d'origine mésodermique et en particulier dans le tissu cartilagineux.

Toute cause déterminant une excitation du vague (sursaturation du sang par l'acide urique qui est vagotrope, allergie à origine alimentaire, cosmique, psychique) entraîne une augmentation brusque de la perméabilité rénale à l'acide urique comme on peut s'en rendre compte en excitant expérimentalement le vague. Inversement, toute excitation du sympathique modère cette perméabilité. Il se produit, dans le premier cas, une élimination abondante de l'acide urique du sang, et une résorption massive de celui qui est déposé dans les tissus. Les phénomènes inflammatoires, qui accompagnent cette résorption, font l'accès de goutte.

Plus la chute du sujet dans l'hypervagotonie est profonde, plus l'accès revêt d'acuité. Si les lésions rénales, qui sont précoces chez les goutteux, sont étendues, l'élimination et la résorption uriques sont naturellement ralenties et les phénomènes inflammatoires réduits jusqu'à ne pas se manifester.

La goutte sans manifestations violentes peut cependant se traduire par des symptômes articulaires frustes, — qu'il faut chercher parce qu'ils ne s'imposent pas à l'observation — et par des symptômes qui sont l'expression d'une parasympathose dont F. décrit les manifestations digestives, circulatoires. respiratoires, nerveuses, etc.

La nature goutteuse de ces états peut être décelée par l'étude du rapport

$$\frac{\text{Acide urique globulaire}}{\text{Acide urique plasmatique}}$$

qui s'élève pendant les périodes de rétention et s'abaisse pendant les périodes d'élimination qui font l'accès. Parallèlement à ces variations de la charge urique du sang, la réserve alcaline et le tonus du vague augmentent dans les jours qui précèdent l'accès.

P.-E. Morhardt.

Achilles Müller. *Double opération d'un carcinome primitif chez un ouvrier travaillant avec l'aniline* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 66, n° 43, 24 Octobre 1936, p. 1031-1034). — Au cours d'un travail antérieur, M. a réuni 50 cas de tumeur par aniline. Malgré toutes les mesures de précaution qui ont été prises par l'industrie depuis lors, on observe toujours des tumeurs de ce genre après un temps de latence qui est en moyenne de 17 ans. Une observation récemment faite concerne un homme qui commença à 31 ans à travailler avec de la benzidine et qui à 40 ans présenta les premières hémorragies vésicales. On fit alors le diagnostic de cancer de la vessie et on procéda à une résection. L'opération réussit et on constata que la pièce était constituée par un carcinome épithélial pavimenteux. Six ans après l'intervention, l'urine recommença à être sanglante. Comme ces hémorragies se répétaient, on procéda à de nombreuses cystoscopies qui permirent de constater que l'abouchement d'un uretère accessoire dans la vessie donnait parfois du sang. Deux ans plus tard, le malade mourut avec des signes d'infiltration, de carcinose étendue des poumons et de métastase du foie ainsi que du rachis. L'autopsie confirma l'existence d'une tumeur rénale, analogue aux tumeurs de Grawitz, d'apparence lardacée, à croissance désordonnée, anaplastique, partiellement papillaire et nécrotique. On confirma égalment l'existence d'un uretère accessoire, la néoformation ayant pour origine le rein acessoire en relation avec cet uretère.

Le cancer de la vessie de ce malade avait été considéré comme en relation directe avec la profession du malade, c'est-à-dire avec l'action nocive de l'aniline ou plus exactement d'amines. Il y avait lieu de se demander si les mêmes relations existaient entre la tumeur rénale et ces substances cancérogènes. Les reins et les uretères accessoires présentent plus souvent que les organes normaux des altérations pathologiques notamment du fait des stases dont ils sont le siège. Cela est vrai pour les calculs et pour la tuberculose, aussi bien que pour les tumeurs qui affectent plus souvent ces reins accessoires que les autres. Les conclusions de l'expertise en ce qui concerne cette seconde tumeur du malade sont donc que celle-ci devait être rattachée également à l'action des amines.

L'autopsie a de plus montré chez ce malade que le cancer de la vessie avait été complètement guéri par la résection. M. a eu d'ailleurs l'occasion d'opérer deux autres malades atteints également de tumeur de la vessie, chez qui l'opération eut également des résultats définitifs. Ces faits sont assez rares parce que les tumeurs de la vessie n'affectent qu'exceptionnellement une région facile à réséquer.

P.-E. Morhardt.

H. Goldmann. *Le problème de la nyctalopie* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 66, n° 46, 14 Novembre 1936, p. 1127-1129). — Tandis que dans l'héméralopie il y a trouble fonctionnel de l' « appareil crépusculaire » de l'œil, c'est-à-dire de cette partie du système récepteur qui exige la présence de pourpre rétinien et qui permet à l'œil qui passe de la lumière du jour à l'obscurité de rendre en une demi-heure son acuité visuelle 100.000 fois plus grande, par contre, dans la nyctalopie, la vision est troublée pour un bon éclairage et c'est l'appareil diurne de l'œil qui fonctionne mal. La nyctalopie est observée d'abord dans deux états pathologiques : dans la cécité congénitale totale pour les couleurs, puis dans des états pathologiques intéressant la couche cérébrale de la rétine comme la névrite rétrobulbaire. Le scotome central qui existe en pareil cas gène la vision diurne, mais non pas la vision crépusculaire dans laquelle interviennent surtout les parties latérales de la rétine. Enfin, dans un dernier groupe de cas, la nyctalopie n'intéresse qu'une partie du domaine de la vision diurne. Pareil fait n'a été observé qu'exceptionnellement, notamment par Fuchs, Makoto Shimizu, Wilbrand et Sänger, etc...

G. a eu l'occasion d'en observer un cas survenu chez un homme de 43 ans à la suite de lésions de périartérite noueuse intéressant les vaisseaux de l'œil. Au cours d'un accès brusque de cécité dû à un spasme vasculaire, il a été constaté chez ce sujet, alors que la vision commençait à s'améliorer quelque peu, qu'avec un éclairage de 15 lux l'acuité visuelle était de 0,9, qu'elle commençait à s'abaisser pour 30 lux et que pour 1.000 lux elle n'était plus que de 0,06 : le malade ne pouvait plus lire aucune lettre du tableau avec cet éclairage.

Pour expliquer les phénomènes observés chez ce malade, on doit d'abord éliminer l'hypothèse de Wilbrand et Sänger, d'après laquelle la production de la substance réceptrice serait ralentie. Effectivement, chez ce malade, la vision s'améliore immédiatement en passant de la clarté à l'obscurité. Une altération de la fonction de contraste par laquelle l'excitation d'une région de la rétine inhibe l'excitation des régions avoisinantes peut rendre compte, tout au moins partiellement, de ce qui fut observé chez ce malade. Enfin, G. propose une explication qui lui paraît digne de retenir l'attention. La sensation de clarté croissante correspond à une augmentation de la fréquence des processus d'excitation périodique du nerf optique, processus d'excitation qui émanent des cellules ganglionnaires de la rétine et dont la fréquence maxima est liée à la phase réfractaire, c'est-à-dire, en somme, à l'état de santé du tissu nerveux. Dans ces conditions le fond blanc du texte imprimé peut ne plus donner de sensation de clarté croissante alors que le noir des caractères continue à donner cette sensation si bien qu'entre le noir et le blanc la distinction cesse d'être possible.

P.-E. Morhardt.

Josef Halban. *Transformation sexuelle spontanée d'un hermaphrodite* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 66, n° 46, 14 Novembre 1936, p. 1130-1132). — H. donne l'observation d'un sujet, primitivement considéré comme une fille, qu'il suit depuis 1917, époque où ce sujet était âgé de 21 ans. Le patient fut alors soigné pour péritonite attribuée à l'étranglement d'une hernie inguinale droite. L'opération qui fut faite montra que cette péritonite avait en réalité pour origine l'appendice et on trouva dans le sac herniaire un ovaire gros comme un œuf de pigeon, accompagné d'une trompe très fine et on constata l'existence d'un utérus de 4 cm.

A ce moment, ce sujet présentait un aspect viril très caractéristique avec barbe assez épaisse sur les joues et sur le menton, mais relativement peu de moustache. Le revêtement pileux avait une disposition masculine et les seins ne présentaient aucun développement. L'examen de l'appareil génital externe montra l'existence de grandes lèvres et de petites lèvres bien formées, d'un clitoris de 4 à 5 cm. avec gland et sillon coronarien. Au-dessus du clitoris on trouva l'ouverture d'un vagin très étroit profond de 8 à 9 cm. Le patient accusait des érections assez fréquentes et n'avait jamais présenté de pertes sanglantes. On fit alors le diagnostic de pseudohermaphroditisme féminin externe et secondaire.

Ultérieurement, onze ans après l'intervention, le sujet reparut à l'hôpital en accusant une augmentation nette du volume des seins, une diminution de la pilosité particulièrement sur les joues, sur le thorax et sur les cuisses. En même temps l'aspect externe, qui était autrefois très nettement mâle, est devenu très nettement féminin. On procède à ce moment à une intervention sur la hernie et on constate que l'annexe gauche manque et que de l'utérus, d'ailleurs très atrophié, il part un cordon correspondant à la trompe et se terminant sur un organe gros comme un haricot et analogue à un ovaire. L'examen microscopique de cet organe établit qu'il s'agit en réalité de tissu testiculaire dont les canalicules sont oblitérés par prolifération du tissu conjonctif des parois. Par contre, les cellules interstitielles sont plutôt augmentées. A la périphérie de l'organe on trouve une albuginée typiquement ovarienne.

Il s'agit donc là, d'après H., d'hermaphrodite vrai. Les recherches auxquelles on s'est livré relativement à la teneur des urines de ce sujet en hormones sexuelles ont permis de retrouver moins d'une unité crête par litre d'hormones mâles et 25 unités souris d'hormones sexuelles femelles, c'est-à-dire beaucoup moins de l'une et de l'autre que normalement.

P.-E. Morhardt.

BALSAMO-RHINOL

Huile balsamique • Essences végétales à action élective sur la flore microbienne du nez et du rhino-pharynx.



CORYZAS - SINUSITES
RHINO-PHARYNGITES
AFFECTIONS GRIPPALES

•

S'emploie en instillations (bouchon compte-gouttes très pratique) et en pulvérisations

Envoi gracieux pour essais médicaux - LABORATOIRE FIDES 14, RUE DE LA COMÈTE, PARIS

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DES PRATICIENS
(Paris)

R. Lecoq et **G. Philippe.** ***Emploi de la peptone d'ovalbumine, agent de déséquilibre alimentaire, dans le traitement de quelques manifestations anaphylactiques*** (*Journal des Praticiens*, t. 50, n° 52, 26 Décembre 1936, p. 851-854). — L. et P. ont fait disparaître une urticaire à la charcuterie, un eczéma à la moutarde, un asthme au chocolat, deux dyspnées mal caractérisées et des céphalées au chocolat, en administrant 0 gr. 50 de peptone pancréatique d'ovalbumine, une demi-heure à une heure avant la mise en œuvre de la substance incriminée ou l'apparition prévue des accidents. Les observations sont succinctes et ne précisent pas si la guérison s'est maintenue longtemps.

Dans ces résultats, obtenus par l'emploi de la peptone d'albumine, aucune spécificité ne peut être mise en cause, puisque les désensibilisations observées portent sur des substances très diverses.

L. et P. suggèrent l'hypothèse que l'activité de la protéinothérapie dans le traitement des accidents anaphylactiques, ainsi que les propriétés de l'acide lactique dans le traitement de la maladie sérique, peuvent être attribuées à un déséquilibre alimentaire. La peptone qui jouit des propriétés déséquilibrantes les plus accentuées — en l'espèce la peptone d'albumine — est la plus active.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

A. Sézary et **G. Lévy.** ***L'intra-dermo-réaction de Frei*** (*Le Progrès Médical*, n° 50, 12 Décembre 1936, p. 1929-1937). — La réaction de Frei a un grand intérêt pratique. Tous les antigènes préparés avec le pus d'un bubon ramolli ne sont pas utilisables; certains ont un pouvoir antigénique trop faible ou nul, notamment après traitement par des sels d'antimoine. Les antigènes simiens sont de valeur très différente: seule l'épreuve sur un malade peut renseigner sur leur valeur antigénique.

Une demi-heure après l'intradermo-réaction, il se fait une réaction précoce, urticarienne qui est de nature protidique et qui n'a pas de valeur. La réaction tardive, débutant en général le lendemain ou le surlendemain, quelquefois du troisième au huitième jour, est papuleuse le plus souvent. Elle peut être papulo-vésiculeuse, papulo-pustuleuse et exceptionnellement donner lieu à un véritable abcès dermique. Si la réaction est douteuse, il faut recommencer huit jours plus tard après avoir vérifié la valeur de l'antigène.

L'intradermo-réaction de Frei n'est jamais positive au début de la maladie. La date d'apparition est variable: parfois, elle est positive vers le dixième jour, mais souvent entre les quatrième et sixième semaines.

La durée de la période allergique est très longue. On a vu la réaction positive plus de trente-cinq ans après l'affection.

Une réaction positive indique donc que le sujet est porteur d'une allergie lympho-granulomateuse, que celle-ci soit due à une affection actuelle et apparente ou une affection ancienne et inapparente.

La réaction de Frei n'est qu'exceptionnellement positive chez des sujets qui ne sont pas ou n'ont pas été atteints de la maladie de Nicolas-Favre. L'existence de résultats illégitimes peut s'expliquer par la valeur différente des antigènes.

D'après cette circonstance, l'épreuve de Frei peut être négative soit au début de la maladie, soit lorsque le sujet est en état d'allergie, etc...

Cette recherche a permis de ranger dans le cadre de la maladie de Nicolas-Favre des rectites, des éléphantiasis vulvaires, des éruptions, des conjonctivites, des arthropathies.

Robert Clément.

P. Meillaud. ***Le rôle des nerfs du rein dans les hypertensions artérielles*** (*Le Progrès Médical*, n° 50, 12 Décembre 1936, p. 1937-1942). — Quelques décapsulations et énervations rénales au cours de néphrites aiguës ou chroniques ayant amené une amélioration remarquable, on a essayé de pratiquer la décapsulation et l'énervation « pédiculaire » successives des deux reins au cours d'hypertensions qui ne paraissaient pas nettement d'origine rénale. Chez une femme de 37 ans ayant une hypertension de 25-15 en moyenne, stable depuis quatre ans, des troubles pseudo-bulbaires et une paralysie bulbaire, la double opération a amené une chute de la pression à 16 1/2-10 au bout de quelques jours pour remonter légèrement ensuite. La biopsie faite au cours de l'intervention a montré une « néphro-angiosclérose bénigne » avec, en certains points, la tendance à l'oblitération des vaisseaux afférents et à la dégénérescence hyaline de leur paroi. La seconde malade présentant une hypertension de 27-16 en moyenne, avec des crises douloureuses abdominales, une paralysie faciale périphérique, des crises d'épilepsie discrètes, une dysarthrie transitoire et des troubles intermittents de la miction, subit la même opération. La pression artérielle s'est abaissée à 13 1/2-8 deux semaines après l'intervention, à 16 1/2-11 six semaines après et, six mois après, à 24-14.

A propos de ces interventions, M. cherche par quel processus le rein peut agir sur la pression artérielle.

L'énervation rénale dans l'hypertension chronique de l'homme a une action anti-hypertensive qui correspond à un fait physiologique précis démontré par l'expérimentation: l'intervention nécessaire des nerfs du rein dans le système presseur lorsque la pression artérielle s'élève au-dessus de la normale. Les nerfs du rein constituent un relai capital du système presseur et semblent être partiellement antagonistes des nerfs dépresseurs, les deux systèmes agissant dans une certaine mesure par inhibition mutuelle.

Robert Clément.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
(Paris)

F. Baclesse et **J. Leroux-Robert.** ***Le rôle de l'examen radiographique dans le diagnostic des cancers sous-glottiques. (Etudes anatomo-topographique et radiographique comparées)*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 20, n° 12, Décembre 1936, p. 645-656). — Cet article fait suite à un travail déjà paru dans le Journal.

Il comporte l'étude de certains épithéliomas sous-glottiques à localisations latérale, antérieure et postérieure, et est basé sur 4 observations qui sont rapportées dans tous leurs détails avec une riche iconographie (examens laryngoscopique, radiographique, anatomo-pathologique).

Après avoir rappelé les difficultés du diagnostic des cancers sous-glottiques en raison de leur symptomatologie discrète, de leur siège, et des résultats souvents négatifs de la biopsie, B. et L. considèrent que la radiographie constitue un *procédé complémentaire d'examen intéressant* qui peut permettre de préciser dans une certaine mesure le *siège* et *l'extension* des lésions.

Ils insistent cependant sur les difficultés de l'interprétation des images qui demande une longue expérience basée sur le contrôle clinique et anatomo-pathologique.

En ce qui concerne l'atteinte des cartilages, les A. considèrent que c'est surtout dans les cas les plus avancés que celle-ci devient apparente.

Morel Kahn.

REVUE D'IMMUNOLOGIE
(Paris)

Pasteur Vallery-Radot et **G. Mauric.** ***L'accès aigu de goutte est-il l'expression d'une crise anaphylactique ?*** (*Revue d'Immunologie*, t. 2, n° 6, Novembre 1936, p. 541). — Par ses conditions d'apparition et d'évolution, l'attaque de goutte s'apparente à certaines manifestations paroxystiques telles que la crise d'asthme et les poussées d'urticaire dont on peut se demander si elles ne sont pas l'expression de phénomènes anaphylactiques. Depuis 1910 bien des auteurs ont établi des points de rapprochement entre ces différentes manifestations. L'association, la succession ou l'alternance des accès de goutte avec l'asthme, l'urticaire, les migraines sont des faits d'observation courante. Par contre, on trouve rarement chez les goutteux des syndromes dont les examens de laboratoire montrent l'origine anaphylactique. Aux arguments cliniques encore peu nets s'ajoutent des faits biologiques de bien plus grande valeur. C'est la mise en évidence chez certains sujets, par les épreuves dermiques, d'une sensibilité élective à des antigènes spécifiques, alimentaires ou bactériens. Ces recherches intéressantes doivent être continuées, mais il est superflu de dire que la constatation fréquente de la contre-épreuve (suppression des attaques de goutte par la suppression des antigènes déchaînants) serait du plus grand intérêt.

J. Bretey.

G. Ramon, A. Bocage, R. Richou et **P. Mercier.** ***Etude sérologique et clinique dans l'anatoxithérapie staphylococcique. Résultats. Conséquences*** (*Revue d'Immunologie*, t. 2, n° 6, Novembre 1936, p. 551). — Ce mémoire expose les résultats obtenus par l'étude clinique et sérologique de plus de 500 cas d'affections staphylococciques traitées par l'anatoxine staphylococcique. L'efficacité de ce mode nouveau de traitement est manifeste et a pu être accrue par l'emploi d'une anatoxine de valeur plus élevée que précédemment, ainsi que par le moindre espacement des injections. Dans la très grande majorité des cas l'accroissement, par l'anastaphylotoxine, de l'immunité antitoxique, à laquelle s'ajoute l'action des éléments naturels de défense non spécifique (phagocytes, en particulier), triomphe de l'infection. Si dans un pourcentage très restreint de cas la guérison n'est pas obtenue, on doit en rechercher la cause dans certains états pathologiques tels que le diabète ou certains troubles endocriniens qui empêchent le développement de l'immunité antitoxique et favorisent l'infection.

J. Bretey.

G. Ramon. ***L'anatoxine diphtérique et les vaccinations associées dans la prophylaxie de la diphtérie. Exposé critique et état actuel de la question*** (*Revue d'Immunologie*, t. 2, n° 6, Novembre 1936, p. 587). — Utilisée chez l'homme

depuis 1923, l'anatoxine diphtérique répond aux caractères suivants : elle est inoffensive pour l'homme et pour les animaux et sa valeur antigène est facilement appréciable grâce à la réaction de floculation. Aussi est-elle l'agent idéal pour obtenir l'immunisation contre la diphtérie, ainsi que l'ont prouvé les résultats acquis depuis cette époque, et qui sont allés en s'améliorant progressivement grâce aux recherches de laboratoire. Partout où la nouvelle méthode a été correctement mise en œuvre, on a assisté à une réduction considérable de la mortalité et de la morbidité diphtériques. Si, dans l'état actuel de la question, on ne devra recourir qu'exceptionnellement à l'injection unique d'anatoxine concentrée ou additionnée d'alun, il y aura, par contre, tout bénéfice à recourir aux vaccinations associées, en injectant des mélanges d'anatoxine avec des vaccins microbiens, conditions dans lesquelles on obtient le maximum d'efficacité. J. Bretey.

LYON MÉDICAL

R. Chevallier. ***Les hémorragies gastriques. Etude gastroscopique*** (*Lyon Médical*, t. **159**, n° 1, 3 Janvier 1937, p. 3-16). — L'examen endoscopique de l'estomac ne permet pas de trouver, dans un très grand nombre de cas, le substratum anatomo-pathologique des gastrorragies, de sorte que si on a pu éliminer une ulcération duodénale, on ne sait bien souvent ni pourquoi, ni comment l'estomac a saigné.

Sur 295 malades atteints de gastrorragie de gravité variable, et examinés au gastroscope, on trouve une proportion de lésions organiques assez faible, 20 pour 100 pour l'ulcère, 4 pour 100 pour le cancer, 7 pour 100 pour les gastrites. Dans 35 pour 100 des cas, en l'absence de toutes manifestations gastritiques apparentes, on peut voir des suffusions hémorragiques sous-muqueuses, généralement très discrètes, dont l'importance et le groupement présentent de multiples modalités. Chez tous les autres malades, c'est-à-dire dans 34 pour 100 des cas, la muqueuse gastrique, en dépit des gastrorragies souvent très importantes, paraît rigoureusement normale.

L'ulcère gastrique est donc loin d'être une cause fréquente d'hémorragies. Les hémorragies les plus sévères surviennent chez les sujets dont l'estomac présente, par endroits, de fines tachetures ecchymotiques, parfois à peine discernables.

La véritable gastrite hémorragique s'accompagne d'altérations inflammatoires permanentes de la muqueuse. Les hémorragies du cancer sont, le plus souvent, sous la dépendance d'une gastrite concomitante de type hémorragique et érosif.

Les placards ecchymotiques granités semblent appartenir en propre aux formes hémorragiques des gastropathies de la syphilis et surtout du tabes.

Chez les petits insuffisants hépatiques et chez les sensibilisés, les suffusions sanguines sous-muqueuses sont assez fréquentes, alors qu'elles sont très rares dans la précirrhose et exceptionnelles dans la cirrhose confirmée.

Dans certains cas de purpura cutané, on a pu voir un véritable purpura gastrique. Dans certaines formes de cholécystites non calculeuses et d'appendicite chronique, qui s'accompagnent d'hématémèses, les lésions sont discrètes et fugaces.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Friedrich Umber et **F.-K. Störring.** ***Résultat du traitement du diabète par dépôt d'insuline au moyen de l'insuline-durante*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 47, 21 Novembre 1936, p. 1710-1717). — Le désir de ralentir la résorption de l'insuline injectée, c'est-à-dire de rendre son administration plus physiologique, a conduit beaucoup d'auteurs à utiliser des mélanges d'insuline avec des produits divers : gomme arabique, corps gras, etc., etc. Les résultats ainsi obtenus n'ont pas été très satisfaisants. Notamment le « lipensyl » utilisé par U. et S. a des effets irréguliers et entraîne des crises d'hypoglycémie. Les tentatives avec l'association d'insuline et de protamine sont encore assez peu nombreuses. U. et S. ont procédé de leur côté, sur 72 diabétiques, à des essais avec de nouvelles préparations dites « insuline-durante ». La masse de « durante » associée à l'insuline est un système colloïdal auquel l'adjonction de sel d'acide oléique permet d'abandonner, plus ou moins vite, le principe actif qui lui est mêlé.

L'une de ces préparations, l'insuline-durante A-Z, a permis de réduire appréciablement chez les diabétiques légers (exigeant 30 à 40 unités par jour au maximum) le nombre des injections nécessaires. Les doses, représentant 900 unités, sont suffisantes pour trois jours et ne provoquent qu'exceptionnellement des réactions hypoglycémiques d'ailleurs modérées. Cependant, les doses d'insuline injectées dans ces conditions ont dû être toujours assez élevées.

D'autre part, en cas de diabète moyen ou sévère exigeant plus de 30 ou 40 unités d'insuline par jour, l'insuline-durante A-Z s'est révélée comme abandonnant trop lentement son principe actif. A la suite de son emploi, la tolérance diminuait, la glycémie augmentait et un état précomateux survenait assez rapidement. Ces faits, également constatés par Katsch et ses collaborateurs, ont engagé à modifier un peu la masse à laquelle l'insuline est mélangée. Après quelques essais avec une insuline-durante A et une insuline-durante L-E, qui n'abandonnent pas assez vite l'insuline ou qui provoquent de l'hypoglycémie, U. et S. ont eu recours à l'insuline-durante CPL. Cette préparation, seule ou associée à l'insuline ordinaire, a permis, d'une façon générale, en cas de diabète moyen ou sévère, de diminuer appréciablement le nombre des injections, d'autant mieux qu'ayant une action plus régulière et plus physiologique cette préparation d'insuline tend à augmenter la tolérance des malades pour les hydrates de carbone. Effectivement, on constate avec ce médicament, au lieu de variations de la glycémie atteignant 200 et même 300 milligr. pour 100 grammes, des courbes très régulières, une véritable stabilisation du taux du sucre du sang.

Dans un cas de diabète très sévère avec insulino-résistance partielle, il n'a pas été possible, en 15 jours de traitement hospitalier comportant 160 unités d'insuline ordinaire réparties en 4 injections, de réduire l'élévation considérable de la glycémie nocturne accompagnée d'acidose et de forte glycosurie. Par contre, l'administration le soir d'une injection d'insuline-durante représentant 60 unités venant s'ajouter aux 112 unités administrées pendant la journée a permis de stabiliser la courbe nocturne, de faire disparaître l'acidose et la glycosurie de cette période de la journée.

Les résultats obtenus avec ce médicament ont été également favorables dans l'hyperinsulinisation des diabétiques présentant une complication chirurgicale, dans la thérapeutique de protection du parenchyme hépatique et dans les cures d'engraissement par l'insuline.

Dans 11 cas de diabète, dont 10 sévères, il a été possible de faire avec cette préparation un traitement ambulant, les malades se présentant d'abord deux fois, puis une fois par semaine et enfin une fois toutes les 2 ou 3 semaines. Au bout de 2 à 4 mois, il a été constaté, chez ces malades, que la dose d'insuline avait pu être diminuée.

Chez les enfants de moins de 16 ans, seule l'insuline-durante CPL a pu être utilisée. Dans 4 cas surveillés depuis plusieurs années et exigeant 3 à 4 injections par jour d'insuline ordinaire, on a pu organiser un traitement comportant une injection matin et soir de la nouvelle préparation. Chez ces malades, il a été également possible de stabiliser la courbe de la glycémie et de diminuer la tendance aux réactions hypoglycémiques.

Les observations de U. et S., qui durent depuis 18 mois, amènent ces auteurs à conclure que, pour obtenir des résultats satisfaisants de l'insuline-durante, le choix des malades appelés à bénéficier de cette préparation et l'étude de leurs réactions sont très importants.

P.-E. Morhardt.

Sato. ***L'innervation par le spinal-parasympathique des muscles bronchiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 47, 21 Novembre 1936, p. 1723-1726). — Il a été établi que le spinal-parasympathique innerve les viscères abdominaux et thoraciques et notamment que, par excitation des racines postérieures des 4e, 5e, 6e, 7e et 8e nerfs thoraciques, on détermine une contraction des muscles bronchiques. L'étude de l'innervation des bronches a été poursuivie par S. Il a utilisé pour cela divers produits opaques iodés ou bismuthés et constaté que les bronches sont contractées par l'excitation du bout terminal du vague et plus ou moins dilatées par la section des vagues. L'excitation du sympathique cervical les dilate légèrement tandis que la section du sympathique cervical les contracte également d'une façon légère. La section des deux vagues et des deux sympathiques cervicaux, ainsi que l'ablation du ganglion étoilé, les dilate fortement.

Avec l'atropine, et avec l'adrénaline, la dilatation est légère et avec la pilocarpine, l'histamine et l'acétylcholine la contraction est plus ou moins marquée. La section des racines postérieures, surtout des 7e et 8e nerfs cervicaux, entraîne de la dilatation et de la dyspnée passagère. L'excitation de ces mêmes racines entraîne une respiration asthmatique.

En somme, le vague aurait une influence bronchoconstrictrice. Il en est de même pour le ganglion étoilé, ce qui démontre que certaines fibres du spinal-parasympathique des bronches passent par ce ganglion. Les constatations, faites après excitations des racines postérieures, ont, d'après S., un intérêt au point de vue de la pathogénèse et de la thérapeutique de l'asthme.

P.-E. Morhardt.

K.-J. Anselmino et **Fr. Hoffmann.** ***La recherche dans le sang de l'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse à l'aide des méthodes d'ultrafiltration*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 48, 28 Novembre 1936, p. 1750-1751). — La méthode employée par A. et H. a consisté à utiliser un filtre de collodion à l'acide acétique à pores de grande dimension, c'est-à-dire bien perméable pour l'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse, ce qui n'est pas le cas pour le collodion à l'éther-alcool. La détermination du pouvoir antidiurétique se fait, chez le chien ou chez le lapin, selon les méthodes usuelles.

Tout d'abord, on a cherché à reprendre, par l'ultrafiltration, l'hormone du lobe postérieur ajoutée au sang à raison de 0,45 unité Vœgtlin pour 30 cmc de plasma. L'ultrafiltrat recueilli s'est montré capable, à la dose de 10 cmc, d'inhiber la diurèse d'une façon très marquée et persistante. L'ultrafiltration permet donc de séparer cette hormone des protéines du sérum auxquelles elle serait normalement fixée et qui la rendraient inactive.

En injectant dans la circulation de l'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse à la dose de 6 unités Vœgtlin pour des chiens respectivement de 17 et 22 kilogr., on a constaté que 10 cmc d'ultra-filtrat inhibaient fortement la diurèse, alors que le même ultrafiltrat obtenu avec le sang d'un animal témoin n'avait aucun effet. Cette méthode permet donc d'extraire du sang circulant l'hormone qui lui a été ajoutée.

P.-E. Morhardt.

Eskil Kylin. ***Résultat de la transplantation de 24 hypophyses*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 48, 28 Novembre 1936, p. 1756-1760). — K. donne sous forme de tableau les résultats que lui a fournis, dans 23 cas de maladie de Simmonds l'implantation de 24 hypophyses. D'une façon générale, l'amélioration s'est manifestée 1 ou 2 mois après l'opération, les malades se sont montrés plus vifs, l'appétit et le sommeil se sont améliorés; mais, pendant cette période, l'amaigrissement a cependant continué pour faire place au bout de 2 ou 3 mois à une reprise du poids. Au bout de 4 ou 5 mois, on a constaté une véritable faim canine marquée surtout pour les mets gras entraînant une augmentation de poids de 15 et 20 kilogr. pendant les 5e et 6e mois. Au bout de 6 à 8 mois, le travail est redevenu possible ainsi que la vie mondaine.

Dans 1 cas de dystrophie adiposogénitale concernant un jeune homme de 19 ans ayant l'aspect d'un enfant de 13 ans, on a constaté, 5 mois après la greffe, un aspect tout à fait normal avec augmentation de la taille de 2 cm., apparition de la libido, etc.

En somme, sur 23 cas de maladie de Simmonds dont 3 ont été opérés depuis trop peu de temps pour qu'on puisse apprécier les résultats, il est 18 résultats bons, parfois même brillants. Dans 12 de ces cas, les malades sont redevenus tout à fait normaux et capables de travailler. L'augmentation de poids a été de 5 à 30 kilogr. 2 de ces sujets sont morts de pneumonie, respectivement 7 et 14 mois après l'opération et l'autopsie a confirmé le diagnostic (altération de l'hypophyse, rareté des cellules basophiles, abondance des cellules principales, etc.). Dans un autre cas, également mort après l'opération, on a constaté que l'hypophyse ne pesait que 0 gr. 37 et que les cellules basophiles étaient absentes.

L'observation de ces faits amène K. à conclure que, contrairement à ce qu'il a été constaté après des greffes d'autres glandes, la greffe d'hypophyse a pris et que cette glande a effectivement fonctionné. Pour obtenir ce résultat, l'organe avait été découpé en petits fragments de façon à favoriser la prise.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Fleischacker et **Klima.** ***L'importance diagnostique de la ponction sternale dans la maladie de Gaucher et au cours des métastases dans la moelle osseuse*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 51, 18 Décembre 1936, p. 2051-2054). — La ponction sternale peut fournir des résultats intéressants en dehors des maladies sanguines proprement dites, au cours des affections graves de la moelle osseuse. C'est ainsi qu'il a été possible de mettre en évidence, par ce procédé, les cellules typiques réticulées dans deux cas de syndrome de Gaucher avec splénomégalie. Lors de métastase de tumeurs malignes, la ponction sternale a montré des cellules tumorales avec des caractères morphologiques spéciaux dont l'étude doit être poursuivie dans un but diagnostique. Il est important également de rechercher l'aspect de la moelle osseuse hématopoïétique lors des anémies graves.

G. Dreyfus-Sée.

W. Thaler. ***Diverticule du duodénum*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 51, 18 Décembre 1936, p. 2055-2058). — Les diverticules du duodénum surviennent assez fréquemment et sont susceptibles d'entraîner des complications graves. Il est donc important de préciser les symptômes cliniques et radiologiques qui en permettent le diagnostic. Se basant sur 15 observations, T. considère comme particulièrement importants les signes suivants:

1° Les troubles sont améliorés dans certaines positions et par le massage; ils sont presque constants et durent déjà depuis très longtemps. On note habituellement des émissions de gaz, des nausées, de l'anorexie, de la constipation et de l'amaigrissement;

2° Radiologiquement, il existe une tache qui se remplit bien, présente un contour net et est située dans la région duodénale. Une partie de la substance opaque passe à côté de cette tache ou sur elle vers le jéjunum. La tache opaque persiste après évacuation duodénale et cette rétention locale subsiste plusieurs heures et parfois plusieurs jours. Dans quelques cas on peut observer une sensibilité limitée à la pression de cette tache opaque; ce signe inconstant correspondrait à un diverticule modifié par un processus inflammatoire.

G. Dreyfus-Sée.

J. Gander et **W. Niederberger.** ***Utilisation de la vitamine C dans le traitement de la pneumonie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **83**, n° 51, 18 Décembre 1936, p. 2074-2077). — Ces travaux ont été inspirés par une série d'observations démontrant:

1° Les bons résultats de la cure de fruits et jus de fruits dans les affections fébriles et, en particulier, dans les pneumonies;

2° L'hypovitaminose C habituellement constatée après guérison de la pneumonie;

3° Le parallélisme entre l'augmentation de nombre et de gravité des pneumonies et la multiplication des hypovitaminoses C; ces deux affections survenant simultanément de Décembre à Avril.

G. et N. ont constaté qu'il existait une hypovitaminose C notable et constante dès le début de la pneumonie, ils l'ont vérifié systématiquement par l'examen des urines. L'emploi, dans tous les cas, de doses importantes de vitamine C, donnée exclusivement et dès le premier jour de l'infection, par voie orale et sous-cutanée a amélioré considérablement l'état des malades: les signes fonctionnels diminuent, le pouls est mieux frappé, la convalescence est plus rapide. Ces résultats sont particulièrement favorables si la médication est instituée dès le premier jour de la maladie. G. et N. insistent en conséquence pour que des essais systématiques d'administration de vitamine C à doses très élevées soient effectués dès les premiers jours chez tous les sujets atteints de pneumonie.

G. Dreyfus-Sée.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Nolte. ***Signification clinique de la présence de stigmates radiologiques du « complexe primaire »*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **76**, n° 5, 1936, p. 305-337). — Ce long article s'appuie sur les radiographies de 5.721 individus âgés de 5 à 84 ans, et comprenant d'une part des malades soignés pour tuberculose pulmonaire, d'autre part des sujets apparemment bien portants.

N. a constaté l'existence de ganglions calcifiés sur 26 pour 100 de l'ensemble des clichés; ce pourcentage tombe à 19 pour 100 si on considère isolément le groupe 1 (sujets « bien portants »); il est encore plus faible pour le groupe des tuberculeux cavitaires; au contraire, il s'élève à 35 pour 100 pour le groupe de malades présentant des signes de tuberculose fibreuse. Beaucoup plus rarement retrouvés sont les foyers pulmonaires primitifs calcifiés qui passent souvent inaperçus à la radio.

Dans l'ensemble, l'existence d'un « complexe primaire » n'aurait que peu de valeur en ce qui concerne le diagnostic et le pronostic de la tuberculose pulmonaire; chez les sujets bien portants, ces stigmates ne constituent pas un signe de prédisposition à une nouvelle atteinte.

G. Basch.

Sopp. ***Contribution à la question de la tuberculose conjugale*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **76**, n° 6, 1936, p. 385-396). — S. a étudié cliniquement et radiologiquement 140 sujets exposés à une contamination bacillaire en raison de l'existence d'une tuberculose évolutive chez leur conjoint. 21 pour 100 d'entre eux ne présentaient aucun signe radiologique; chez 66 pour 100, on observait des images traduisant l'existence d'une infection primaire ou secondaire (ganglions ou foyer pulmonaire calcifiés, foyers disséminés, modifications pleurales); dans 13 pour 100 des cas existaient les signes d'un processus tertiaire éteint ou en activité.

L'existence d'une *hérédité* chargée du point de vue bacillaire ne semble en aucune façon favoriser la contamination. Par ailleurs, il semble bien que le *sexe* joue un rôle, les femmes étant plus souvent contaminées que les hommes, peut-être parce jouant naturellement le rôle de garde-malade, elles s'exposent davantage, et aussi en raison de périodes de moindre résistance (gestation, allaitement). *L'âge* est également un facteur important: la plus forte réceptivité se voit chez les conjoints de moins de 24 ans (6 pour 100 seulement sont indemnes); les sujets les plus résistants sont ceux de 24 à 30 ans (32 pour 100 indemnes); au-dessus de 30 ans, la réceptivité augmente à nouveau. Enfin, la *durée* de l'exposition à l'infection, et *l'intensité* de la contamination jouent un rôle de premier plan: les formes graves s'observent en nombre supérieur chez les sujets ayant été soumis à la contamination pendant un laps de temps excédant 2 ans, et chez les sujets dont les conjoints présentaient une tuberculose ouverte particulièrement sévère. La mauvaise *hygiène* est également un facteur d'aggravation.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Meulengracht. ***Traitement des hématémèses et du melaena par un régime alimentaire non réduit*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 49, 4 Décembre 1936, p. 1481-1485). — Dès le 1er jour les malades sont soumis au régime suivant (Pureediät): quatre fois par jour, pain au beurre avec soit du thé, soit une bouillie de farine d'avoine au lait, soit du cacao; entre ces repas, lait à volonté; en outre, à midi un déjeuner complet comportant un potage, une côtelette grillée, ou de la viande hachée ou une omelette, etc., un plat de légumes. La valeur de ce régime est d'environ 2.300 calories. On y adjoint des médicaments: lactate de fer, 1 gr. 50 par jour; carbonate de soude et de Mg., etc.; le repos au lit pendant 2 ou 3 semaines; enfin au besoin une ou deux transfusions.

La statistique de M. porte sur 313 cas d'hématémèse ou de méléna sévère (dans 1/3 des cas, le taux de l'hémoglobine était au-dessous de 50 p. 100) dont 273 par ulcère ou érosion de l'estomac ou du duodénum.

La mortalité ne dépasse pas 1 pour 100, alors que, au cours des autres traitements, les chiffres les plus optimistes sont de 7 à 8 pour 100. M. pense que les aliments ont une action hémostatique locale immédiate, mais aussi que la réalimentation accélère la réparation de l'anémie et évite des complications tardives qui emportent le malade anémié.

M. conclut qu'on ne peut encore juger de la durée des résultats fournis par ce traitement, mais affirme que non seulement il ne faut pas alimenter moins les ulcéreux saignant que les autres, mais encore leur donner d'autant plus à manger qu'ils saignent plus.

G. Basch.

Eisenschimmel-Eisen. ***Epreuve de l'apnée volontaire en inspiration et en expiration*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **49**, n° 49, 4 Décembre 1936, p. 1489-1494). — Les recherches de E. ont porté sur 72 individus (sujets normaux, cardiopathies décompensées; myocardites, hyperthyroïdies) et ont consisté à étudier chez ces sujets : 1° la valeur absolue de l'apnée volontaire; 2° « l'index », c'est-à-dire le rapport

$$\frac{\text{Apnée post-inspiratoire}}{\text{Apnée post-expiratoire}};$$

3° la capacité de prolongation progressive de cette apnée dans trois respirations successives. Normalement, l'index est de 2; la prolongation de l'apnée est de 20 secondes pour l'apnée inspiratoire, de 5 secondes pour l'apnée expiratoire. Dans les troubles circulatoires et l'hypertension, l'index est de 1, la prolongation quasi nulle. Dans l'hyperthyroïdie, la durée de l'apnée est raccourcie, l'index reste cependant de 2; enfin, la prolongation est inférieure à 10 secondes et 5 secondes.

Les résultats de ces recherches sont, pour l'auteur, d'un certain intérêt au point de vue pronostic et contrôle de l'action des thérapeutiques mises en œuvre.

G. Basch.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

M. Adant et **M. Askenasi.** ***L'intoxication par l'aniline*** (*Le Scalpel*, t. **89**, n° 50, 12 Décembre 1936, p. 2481-2489). — A. et A. rapportent l'observation d'une femme de 24 ans qui fut trouvée un matin, dans sa chambre, en état d'inconscience totale, avec cyanose et vomissements bilieux. L'examen spectroscopique du sang, le lendemain de l'accident, montra les raies de la méthémoglobine, mais trop faibles pour permettre la certitude d'une méthémoglobinémie.

Il s'agissait d'une intoxication par un produit insecticide constitué essentiellement d'aniline avec, peut-être, des traces de pyréthrine, dont la malade avait aspergé les murs et le plancher de sa chambre et même les draps de son lit, pour se débarrasser des punaises.

A ce propos, A. et A. passent en revue les causes les plus fréquentes et la symptomatologie de l'intoxication aiguë et de l'intoxication chronique par l'aniline.

Cette observation permet de conclure qu'il faut être prudent dans l'emploi d'insecticides à base d'aniline comme dans celui des autres dérivés de ce corps. Si la vente des insecticides à base d'aniline est autorisée, le fabricant devrait mettre en garde l'usager contre les risques d'intoxication. Le mode d'emploi devrait être nettement précisé et l'utilisation limitée aux locaux non habités, non chauffés et de ventilation aisée.

Robert Clément.

Hennebert et **Schuermans.** ***Traitement de la paralysie diphtérique par la narcose à l'éther*** (*Le Scalpel*, t. **90**, n° 2, 9 Janvier 1937, p. 38-42). — Cette méthode a été appliquée chez 4 sujets, âgés respectivement de 9 ans 1/2, 14 ans, 7 ans et 27 ans. Le premier présentait une paralysie vélo-palatine avec une diplopie datant de deux mois et survenue à la suite d'une angine diphtérique. Une première anesthésie à l'éther, de vingt minutes, ne semble rien changer dans l'état de la névrite; une seconde, de même durée, au chlorure d'éthyle-éther le lendemain, amène une amélioration très nette; le malade parle normalement et sa marche est modifiée; deux mois après, la guérison se maintient, bien que l'enfant reste porteur de germes.

Ce n'est qu'à la troisième narcose que le deuxième enfant, atteint d'une paralysie diphtérique du voile datant d'un mois, est brusquement amélioré. Une seule anesthésie de quinze minutes au chlorure d'éthyle-éther suffit dans le 3e cas pour rétablir la motricité du voile et des paupières disparue à la suite d'une diphtérie datant de trois mois.

Dans la 4e observation, comme dans la seconde, à l'anesthésie on a ajouté 12 milligr. de strychnine par jour. Après narcose profonde au chlorure d'éthyle-éther pendant vingt minutes, la marche est légèrement améliorée et la paralysie du voile disparaît.

On n'a pas associé la sérothérapie à la narcose à l'éther. Il vaut mieux rejeter le chloroforme, rien n'exclut l'emploi d'autres anesthésiques de différents groupes.

Ces résultats sont encourageants et méritent d'être poursuivis.

Robert Clément.

REVISTA DA ASSOCIACAO PAULISTA DE MEDICINA
(Sao-Paulo)

Zepherino do Amaral. ***Panaris sporotrichotique*** (*Revista da Associaçao Paulista de Medicina*, vol. **8**, n° 6, Juin 1936, p. 372-377). — Affection toujours très douloureuse et parfois très grave, le panaris relève de plusieurs causes infectieuses. Généralement, ce sont des streptocoques, des staphylocoques ; moins souvent on peut l'attribuer à d'autres germes, tels le bacille diphtérique, les Actinomyces, le *Sporotrichum*, etc. Z. do A. rapporte trois cas de paronychies où l'infection fut due à ce dernier champignon. L'on sait que la sporotrichose se caractérise par des gommes dures, ramollies ou ulcérées, disséminées dans le derme, dans l'hypoderme, etc. Si l'on rencontre dans la littérature de légères allusions à ces formes torpides de panaris, dont l'origine mycotique n'est pas toujours déterminée d'une façon précoce, les livres classiques n'indiquent pas leur traitement, qui doit être à base d'iodures.

Il existe, cependant, des observations de certains panaris extrêmement septiques attribués à des piqûres par des épines de rosier ou d'autres plantes épineuses. Pour cette raison, Z. do A. attire l'attention sur la nécessité d'un diagnostic précoce, vu la rareté de la forme lymphangitique qui succède à un chancre ou ulcère sporotrichotique. Or, la recherche directe de ce parasite, qui peut se trouver et proliférer dans un grand nombre de plantes vivantes ou mortes, n'est pas toujours positive ; mais, lorsque l'on tente des cultures dans les milieux de Sabouraud il donne des colonies typiques, de coloration noire, fuligineuses et reconnaissables. Dans les 3 cas rapportés, l'examen a montré qu'il s'agissait du *Rhinocladium beurmanni-gougeroti*.

La lymphangite caractéristique, affectant la région, peut se manifester tardivement, lorsque le traitement spécifique n'est plus efficace et ne peut plus éviter la mutilation du doigt. Z. do A. insiste sur le traitement ioduré, dans ces cas de panaris, toutes les fois que les malades racontent qu'ils ont été piqués par une épine de rosier ou d'une autre plante et qu'un diagnostic précoce peut être posé. Il prescrit des hautes doses, de préférence *per os*, qui est la voie lui ayant donné les meilleurs résultats, attribués à une action continue sur l'organisme. Z. do A. pense que par la voie endo-veineusee l'action du médicament n'est pas si efficace ; peut-être, dit-il, parce qu'il y a élimination trop rapide. Il conseille de prendre le médicament dans du lait afin d'améliorer la tolérance gastrique ; ou alors, d'ajouter à l'iodure un peu de teinture d'opium. Il donne la formule suivante : iodure de sodium et iodure de potassium, — âã 10 gr. ; teinture thébaïque, 2 gr. ; eau distillée, 40 gr. Prendre XX gouttes dans de l'eau ou dans du lait, 4 à 6 fois par jour, selon la susceptibilité individuelle.

Dans 2 cas, ce traitement a donné d'excellents résultats ; dans un autre, produit aussi par une piqûre d'épine de rosier, le mal s'était aggravé, ayant été traité avant par incision et pansements topiques qui n'ont rien fait ; les tissus mous se sont peu à peu détruits, et, ce ne fut qu'après 3 mois 1/2 que ce malade, avec les os de l'index et même la partie distale du 2e métacarpien à vif, chercha les soins de Z. do A., lequel a dû pratiquer l'intervention chirurgicale nécessaire. Avec beaucoup de prudence, malgré l'état déplorable des tissus ulcérés et infectés, une plastie fut pratiquée et la cicatrisation s'est faite d'une façon satisfaisante. Applications de pansements humides avec une solution iodo-iodurée faible et médication interne de 4 gr. d'iodure de sodium par jour, la cicatrisation complète se formant en 20 jours.

Joao Coelho.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA
(Montréal)

U. Gariepi. ***Chirurgie algo-sympathique, maladie de Raynaud*** (*L'Union Médicale du Canada*, t. **65**, n° 12, Décembre 1936, p. 1139-1156). — Pour G., il n'existe pas de traitement médical de la maladie de Raynaud. Le seul et unique traitement est la sympathectomie ganglionnaire. Ce n'est pas une opération univoque indiquée pour toutes les phases de la maladie; seule en relève la première période, alors que les phénomènes se réduisent à un spasme artériel.

A la phase prodromique, des mains froides et hyper-hydrosiques sans spasmes vasculaires, il faut se contenter de surveiller les malades chaque hiver, pour ne pas laisser passer la période opératoire avant l'endartérite secondaire et la sclérodermie, qui empêchent toute réponse vaso-dilatatrice et rendent l'intervention inutile et inefficace.

Il faut aussi éliminer les malades de plus de 50 ans suspectés d'artério-sclérose; les mâles qui présentent plus fréquemment la thrombo-angéite oblitérante que la maladie de Raynaud, l'irritation du plexus brachial par une côte cervicale, etc... Les patients justiciables de la sympathectomie subiront les épreuves physiologiques classiques. L'oblitération artérielle et la sclérodermie trop accentuée seront révélées par ces recherches et supprimeront l'indication opératoire.

Robert Clément.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA
(Copenhague)

Esbern Lomholt. ***Les modifications du liquide céphalo-rachidien et leurs évolutions chez les syphilitiques*** (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, supplément, XI, 1936). — Dans cet important fascicule de 168 pages, L. rapporte le résultat de ponctions pratiquées dans 1.521 cas de syphilis primaire ou secondaire, dont 257 furent reponctionnés 24 semaines après l'institution du traitement. Il faut y ajouter 130 cas de syphilis tertiaire, et 25 cas d'aortite. Mentionnons encore 723 cas de syphilis latente non ponctionnés, dont 48 furent reponctionnés après 24 semaines de traitement. Soit au total 2.399 syphilitiques chez lesquels 2.704 rachicentèses furent pratiquées.

Les modifications du liquide des syphilis primaires non traitées sont rares et discrètes. Dans les syphilis primaires traitées, elles sont plus fréquentes et plus marquées sans qu'il convienne d'incriminer le traitement.

Dans la syphilis secondaire, les modifications du liquide sont plus fréquentes et plus marquées. C'est dans les cas plus anciens, et chez les sujets ayant présenté une rémission après un premier traitement, que se rencontrent les liquides les plus altérés.

La pléiocytose et l'albuminose sont les deux altérations les plus fréquentes. Le Wassermann est rarement positif dans les syphilis récentes. Les

améliorations après le traitement sont fréquentes. Pendant ce dernier, parfois mais rarement, les altérations liquidiennes se manifestent. C'est dans la syphilis tertiaire que les modifications du liquide sont les plus fréquentes.

Au cours des syphilis latentes avec Wassermann négatif dans le sang, les modifications du liquide ne sont pas fréquentes. Dans celles avec Wassermann positif dans le sang elles le sont davantage.

Dans les syphilis présentant un liquide pathologique sans symptômes, l'expérience montre qu'elles présentaient déjà un liquide pathologique à la période de la roséole secondaire. L'évolution ultérieure des liquides pathologiques de la période secondaire est très variable suivant les cas. Toutefois, l'apparition des modifications du liquide sans symptômes cliniques et en l'absence de toute rechute chez un sujet dont le liquide était normal antérieurement est un fait exceptionnel. L. ne l'a observée que dans 6 cas.

L'apparition de syphilis nerveuses tardives, chez un sujet dont le liquide était antérieurement normal et sans signes cliniques, n'a jamais été observée par L.

L. montre ensuite les services rendus par l'Institut du sérum dont il donne un résumé rapide, et apporte quelques contributions aux facteurs qui conditionnent l'apparition de la démence paralytique. H. Schaeffer.

ARCHIVES of NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

A. Ferraro et **G. A. Jervis**. ***Maladie de Pick. Deux faits anatomo-cliniques*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **36**, n° 4, Octobre 1936, p. 739-768). — Dans ces deux observations l'affaiblissement intellectuel était le symptôme prédominant, alors que les signes neurologiques, et en particulier l'aphasie, n'apparurent qu'à la phase de démence complète. Néanmoins, on fit le diagnostic, bien que la maladie de Pick soit caractérisée essentiellement par l'association des signes de lésions frontale et d'aphasie.

Le diagnostic peut se poser avec la psychose artérioscléreuse et la maladie d'Alzheimer. L'absence de signes neurologiques à début brusque, une démence profonde et globale avec désintégration de la personnalité sont en faveur de la maladie de Pick et non de l'artériosclérose cérébrale. La distinction entre les maladies de Pick et d'Alzheimer est très malaisée. Dans cette dernière, certes, la palilalie, les itérations et la logoclonie sont plus habituelles, et les phénomènes écholaliques plus habituels dans la maladie de Pick; les crises convulsives sont plus fréquentes dans la première, et plus rares dans la seconde. Mais, ce sont là nuances bien fragiles. L'encéphalographie qui montra dans ces 2 cas une atrophie fronto-temporale fut d'une aide précieuse.

Anatomiquement les lésions consistaient en une atrophie cellulaire circonscrite du cortex cérébral, avec gonflement du corps cellulaire et corps argentophiles, sans plaques séniles ni lésions vasculaires importantes. F. et J. discutent l'origine hérédo-dégénérative de la maladie de Pick en se basant sur les faits cliniques et anatomiques, et considèrent comme Pick que cette affection est une manifestation de la sénilité. D'ailleurs dans leurs 2 cas il n'existait aucun trouble mental dans les antécédents.

F. et J. considèrent la maladie de Pick comme un état présénile, dans la genèse duquel le spasme vasculaire joue un rôle important mais non exclusif. Cet angiospasme est compatible avec une intégrité apparente des vaisseaux sanguins. H. Schaeffer.

K. Löwenberg et **Ann Arbor**. ***Maladie de Pick. Contribution anatomo-clinique*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **36**, n° 4, Octobre 1936, p. 768-790). — L. et A. rapportent quatre nouvelles observations anatomo-cliniques de maladie de Pick, et en profitent pour évoquer les caractères généraux de cette affection.

Elle survient entre 30 et 75 ans, Sa durée varie de 2 ans 1/2 à 12 ans, soit 4 à 6 ans en moyenne.

Les signes neurologiques sont accessoires, ce sont des signes d'atteinte du lobe frontal ou pariétal. Les crises convulsives ne sont pas exceptionnelles. Les troubles psychiques, débutant par des modifications de la personnalité, des troubles du caractère, des négligences dans les occupations professionnelles ou la tenue, l'amnésie, les troubles de la parole, aphasie ou dysarthrie, réduisent parfois le malade au mutisme. L'affaiblissement intellectuel s'aggrave progressivement, avec des troubles de l'orientation. Le malade meurt dans la démence, sans lésions viscérales.

L'atrophie du lobe frontal et du lobe temporal, plus rarement du lobe pariétal, peut se constater à l'examen macroscopique. L'examen histologique montre une atteinte sévère de tous les tissus, cellules, cylindraxes, gaines de myéline, névroglie. Les couches II et III de l'écorce sont les plus atteintes. L'hyperplasie névroglique est importante. Les vaisseaux sont peu altérés. Les plaques séniles sont habituellement absentes. L'altération des noyaux centraux est inconstante. Le cervelet peut être lésé.

Pick considéra cette maladie comme une forme de démence sénile avec des lésions focales, et il la distingua de l'atrophie sénile diffuse ordinaire.

Gans établit une étroite conformité entre les aires atrophiques et les aires cyto-architecturales de Brodemann, et pensa que les aires pathogénétiquement les plus récentes étaient les plus atteintes, ce qui semble inexact d'après Onari et Spatz.

Dans un certain nombre de cas de maladie de Pick, on trouve une hérédité similaire, ou une hérédité dissemblable (atrophie Charcot-Marie, chorée de Huntington, paralysie agitante). Ces cas sont exceptionnels. H. Schaeffer.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

D.-P. Murphy (Philadelphie). ***Le redoublement des malformations congénitales chez les frères et les sœurs et parmi les autres parents : étude sur les malformations observées dans 40 familles*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **63**, n° 4, Octobre 1936, p. 443-451). — Dans une série de 40 familles ayant 2 ou plusieurs enfants atteints de malformations congénitales, M. a recherché la répétition des malformations chez les infirmes.

La malformation observée chez le premier infirme reparaît chez un suivant dans la moitié des cas ; dans l'autre moitié, il s'agit d'une autre malformation.

Dans un deuxième groupe de 39 familles, où un infirme possédait un parent infirme, la malformation était identique chez les deux dans 41 pour 100 des cas.

Sur 19 familles prises au hasard, avec 2 ou plusieurs enfants infirmes, la malformation du premier enfant se répétait chez un enfant suivant dans plus de la moitié des familles.

De cette étude, on peut conclure :

Fréquemment, sinon dans la plupart des cas, les malformations congénitales, étudiées, résultent d'un vice du plasma germinatif antérieur à la fécondation.

Quand une malformation congénitale est suspectée chez un fœtus non encore né, en recherchant dans les antécédents l'existence d'autres sujets malformés, on confirmera le soupçon de malformation du fœtus et on pourra prévoir le type de la malformation. M. Guibé.

D.-P. Murphy. ***Intervalles entre les grossesses des mères ayant donné naissance à des enfants atteints de malformations congénitales*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **63**, n° 5, Novembre 1936, p. 593-596). — M. a étudié 531 femmes, réunissant 2.146 grossesses, chacune ayant un enfant atteint de malformation congénitale, pour déterminer la longueur des intervalles précédant les conceptions.

Pour 584 enfants atteints de malformations congénitales, les intervalles qui ont précédé leur conception ont été nettement plus longs que les intervalles pour leurs frères et sœurs normalement développés, au nombre de 1.562.

Ces observations tendent à établir la théorie que les mères ayant des enfants congénitalement malformés sont exposées à une période plus ou moins prolongée d'incapacité reproductrice avant la conception de leur enfant malformé. M. Guibé.

W. Bartlett (St-Louis). ***La durée de l'apnée volontaire dans la thyrotoxicose : indice de stabilité et critère du risque opératoire*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **63**, n° 5, Novembre 1936, p. 576-583). — B. a étudié la durée pendant laquelle les sujets pouvaient rester en état d'apnée volontaire, soit en inspiration, soit en expiration.

Or, chez les sujets atteints de thyrotoxicose, il existe une impossibilité de retenir sa respiration pendant la durée normale : cela constitue un signe physique de cette affection.

Cette diminution de la durée de l'apnée volontaire existe aussi bien pour l'inspiration que pour l'expiration : il y a en outre une modification caractéristique entre leurs relations réciproques, l'index de stabilité variant entre 1,8 et 2 (durée de l'inspiration/durée de l'expiration) chez les sujets normaux, tend en cas de thyrotoxicose avérée à se rapprocher de 1.

Mais on ne sait rien de la raison de cette épreuve. M. Guibé.

THE LANCET (Londres)

B. Zondeck. ***Diminution des fonctions du lobe antérieur de l'hypophyse par les injections d'hormone folliculaire*** (*The Lancet*, n° 5902, 10 Octobre 1936, p. 842-847). — L'administration prolongée d'hormone folliculaire entrave les fonctions du lobe antérieur de l'hypophyse. Mais le processus n'affecte pas toutes ces fonctions également et simultanément. La fonction gonadotropique est la plus sensible et le premier effet est l'atrophie des organes génitaux chez le rat. Le sac scrotal disparaît, le pénis devient petit, les testicules restent infantiles et la formation des spermatozoaires est complètement inhibée. Les vésicules séminales et la prostate sont atrophiées. Chez les femelles, les ovaires sont si petits qu'on ne les reconnaît pas à l'œil nu. Ils contiennent quelques petits follicules seulement et jamais de « lutea ».

Les mêmes réactions se rencontrent chez les oiseaux. Il est donc possible de produire des rats et des coqs eunuchoïdes.

L'absence d'hormone d'accroissement suit l'absence d'hormone gonadotropique et l'on a, après plusieurs mois de traitement, des rats et des coqs nains et eunuchoïdes.

Chez ces animaux rendus nains, la tête est plus étroite et plus courte, la circonférence du thorax est diminuée, la queue est beaucoup plus courte, les os sont plus courts et plus légers, les organes internes sont plus petits.

La pituitaire et les surrénales sont augmentés de volume chez le mâle seulement.

Ces effets s'obtiennent aussi bien par l'administration de la folliculine par voie sous-cutanée que par absorption à travers la peau.

L'inhibition de la croissance est accompagnée de

changements dans la structure des os que l'on peut voir par la radiographie.

Si le traitement par l'œstrine est arrêté, l'animal ne reprend pas spontanément sa croissance. Cependant, si on lui administre une hormone pituitaire de croissance, il s'accroît et prend du poids. Le nanisme est donc bien d'origine pituitaire.

Le lobe antérieur du rat nain et eunuchoïde contient la même quantité d'hormone gonadotropique (prolan A) que le lobe antérieur de l'animal témoin. Ceci montre que l'hormone folliculaire n'inhibe pas la production de l'hormone gonadotropique dans les cellules du lobe antérieur de l'hypophyse, mais empêche cette hormone d'entrer dans la circulation sanguine. L'hormone folliculaire bloque, peut-on dire, la sécrétion des cellules du lobe antérieur.

Dans l'hypophysectomie, toutes les hormones sont supprimées tout d'un coup, tandis que l'administration prolongée d'œstrin conduit à leur élimination progressive. L'élimination du lobe antérieur de l'hypophyse est ainsi partielle.

André Plichet.

F. R. Selbie. *Production expérimentale de sarcome par le Thorotrast* (*The Lancet*, n° 5902, 10 Octobre 1936, p. 847-848). — 60 rats reçurent une injection sous-cutanée de 0 centigr. 3 de thorotrast; 14 jours plus tard, ils reçurent une seconde dose de 0 centigr. 3; 14 mois 1/2 après la dernière injection, des tumeurs apparurent chez 14 rats, sur les 43 rats survivants.

60 souris furent inoculées de la même façon, mais avec des doses plus petites de 0 centigr. 1; 14 mois 1/2 après, on trouva deux tumeurs.

Le thorotrast reste localisé *in situ* et forme des nodules jaunâtres composés principalement de macrophages bourrés de grains jaunes de thorotrast. L'augmentation de volume de ces nodules indique la formation d'une tumeur. Celle-ci est du type spino-cellulaire. Des métastases axillaires ont été trouvées chez un rat. Des auto-inoculations ont réussi chez 5 rats et la transplantation a été positive chez 2 rats.

La fréquence moins grande de ces tumeurs chez la souris est due probablement à une différence de susceptibilité des tissus. Les tumeurs spontanées chez le rat proviennent principalement du tissu conjonctif tandis que, chez la souris, elles proviennent du tissu épithélial.

Le thorotrast est une solution colloïdale stabilisée de bioxyde de thorium à 20 pour 100. Introduit dans la circulation, il flocule et est repris par les cellules du système réticulo-endothélial, particulièrement dans la rate, le foie et la moelle osseuse. Le thorotrast tient ses propriétés carcinogénésiques de la radioactivité du thorium qui peut se prolonger pendant des années. La quantité de radiations α contenues dans 25 centigr. de thorotrast est équivalente à un microgramme de radium; les quantités de radiations β et γ sont trop petites pour avoir une signification physiologique.

Ces expériences confirment celles de Roussy, Oberling et Guérin qui furent les premiers à signaler les propriétés carcinogénésiques du thorotrast, mais ici dans les expériences de S. les doses employées furent plus petites.

Chez l'homme, Maitland, se basant sur des cas d'ostéosarcome apparus chez des ouvriers employant des peintures lumineuses à base de mésothorium, pense qu'il faut compter sur un délai de 8 à 10 ans pour le développement de ces tumeurs. Or, le thorotrast n'est utilisé en clinique que depuis 7 ans, nous allons entrer dans la période où l'on pourra juger de la nocivité de ce produit.

André Plichet.

N. A. Nielsen. *Traitement des crises d'asthme par l'inhalation d'adrénaline* (*The Lancet*, n° 5902, 10 Octobre 1936, p. 848-849). — En 1912, Ephraïm vit, pendant une bronchoscopie, que l'injection d'adrénaline donnait une anémie de la muqueuse bronchique et que l'application directe sur la muqueuse produisait le même effet. Ainsi fut-il amené à préconiser les inhalations d'adrénaline dans le traitement des crises d'asthme. Il semble que ce traitement ait été quelque peu oublié en raison sans doute qu'il était souvent inefficace du fait de l'insuffisance de concentration en adrénaline de la solution employée.

N. s'est servi d'une solution à 10 pour 100 d'adrénaline pour traiter plus de 400 crises chez 49 asthmatiques. L'effet de ces inhalations est immédiat à condition de faire de grandes inspirations pour faire pénétrer le médicament jusqu'aux bronches. Certains malades ont pu inhaler des quantités dépassant 2 milligr. d'adrénaline en plusieurs fois dans l'espace de 5 minutes sans ressentir de troubles, ni palpitations, ni tremblement.

André Plichet.

J.-F. Wilkinson et Ch. A. Ashford. *La déficience en vitamine C dans la maladie d'Addison* (*The Lancet*, n° 5904, 24 Octobre 1936, p. 967-970). — A l'aide de la méthode de dosage de la vitamine C, décrite par Harris, W. et A. ont trouvé dans 3 cas de maladie d'Addison une diminution de la vitamine C en rapport avec la gravité de la maladie. Chez le sujet normal, on sait que les surrénales ont une haute teneur en acide ascorbique. Cet acide ascorbique serait nécessaire à la stabilisation des 2 hormones surrénales. D'autre part, la vitamine C semble jouer un rôle dans la pigmentation de la peau. Dans le scorbut, le traitement par la vitamine C fait disparaître la pigmentation. Drigalski et Tenchio, par un régime riche en vitamine C, ont empêché la pigmentation due à l'exposition aux rayons ultra-violets de se produire. Jadassohn et Schaaf ont montré que le chloasma pouvait être atténué par l'administration de vitamine C. Enfin, Szent Gyorgyi a lui-même écrit que l'acide hexuronic ou acide ascorbique inhibait complètement la formation du pigment qui provenait de l'oxydation d'un phénol.

Dans les cas observés par W. et A., l'effet de la vitamine C ne s'est pas fait sentir sur la pigmentation, peut-être parce que la vitamine C n'était pas administrée par la voie parentérale, celle-ci étant réservée aux doses de cortine. Il n'en reste pas moins que la vitamine C est un médicament utile à adjoindre aux injections d'hormone spécifique.

André Plichet.

A. W. Spence. *L'œstrin dans le goitre toxique* (*The Lancet*, n° 5904, 24 Octobre 1936, p. 970-974). — Expérimentalement, l'œstrin inhibe l'activité de la thyroïde et la production de l'hormone thyrotropique du lobe antérieur de l'hypophyse. S. a essayé de traiter par des injections d'œstrin 6 femmes atteintes de goitre toxique. Après une période préliminaire de repos, 4 d'entre elles reçurent chaque jour une injection intramusculaire de 50.000 unités internationales de dihydroxyœstrin (dimenformon). Ces injections furent poursuivies pendant 12 jours chez deux malades, pendant 21 jours chez les 2 autres. Deux autres malades reçurent 250.000 unités internationales de kétohydroxyœstrin (menformon) par la bouche.

Les résultats ont été peu probants. Certaines malades en ont retiré un peu d'amélioration de leurs troubles, mais on n'observa point de chute du métabolisme basal.

André Plichet.

M. S. Jones et T. N. Mac Gregor. *L'effet inhibiteur folliculaire du lobe antérieur de l'hypophyse chez la femme* (*The Lancet*, n° 5904, 24 Octobre 1936, p. 974-975). — J. et M. étudient dans cet article non seulement l'action inhibitrice de la folliculine sur l'hormone gonadotropique, mais aussi sur le principe diabétogène du lobe antérieur de l'hypophyse en donnant des doses élevées d'œstrin.

6 femmes ayant passé la ménopause reçurent 1.500.000 unités-souris en 60 jours de dihydroxyœstrin (dimenformon), 2 reçurent 1.000.000 unités-souris en 46 jours et 2.500.000 unités-souris en 20 jours.

Chez toutes, l'excrétion d'hormone gonadotropique, qui avait atteint 50 unités-souris par litre, fut abolie. De plus, l'œstrin produisit une hémorragie utérine chez 7 d'entre elles. Mais ces injections n'eurent aucun effet sur les tests de tolérance au glucose. Les doses élevées d'œstrin ont un effet inhibiteur sur l'hormone gonadotropique, mais n'en ont pas sur le principe diabétogène du lobe antérieur de l'hypophyse. André Plichet.

ORVOSI HETILAP
(Budapest)

E. vitèz Kolta. *L'influence des différentes matières graisseuses sur la motilité gastrique* (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 26, 27 Juin 1936, p. 613-614). — Selon les conceptions actuelles les matières grasses faciles à émulsionner telles que le beurre et l'huile sont plus digestibles que le saindoux. Dans les maladies du foie et de l'appareil biliaire, alors que la digestibilité des matières grasses est diminuée, on supprime totalement la graisse de porc et la consommation du beurre et de l'huile n'est admise qu'en quantité très faible. L'administration de l'huile comme médicament dans ces maladies pourrait paraître en opposition de ces faits. Mais les bons résultats de ce traitement ont persuadé K. qu'il n'existe pas de contradiction entre l'action cholagogue et la digestibilité des matières graisseuses.

Il a examiné séparément l'action de différentes graisses sur la motilité gastrique. Il a cherché à établir une classification de ces substances. Les résultats de ses observations sont les suivants:

Chez les sujets sains, après administration de n'importe quelle sorte de ces substances, la courbe de la motilité gastrique est plus faible que normalement. Dans les maladies de foie et dans les gastrites, au contraire, la motilité augmente. Après l'administration d'une quantité égale de l'une de ces trois matières graisseuses, le changement de la motilité gastrique est toujours de la même intensité. L'auteur estime que dans l'établissement d un régime pour ces malades, il n'y a pas de raison de différencier entre les diverses graisses employées en petites quantités, mais que plutôt, il faut s'en rapporter à l'accoutumance individuelle et au goût. A. Blazso.

L. Armentano, A. Bentsath, T. Béres, I. Rusznyak et A. Szent-Györgyi. *L'influence des flavones sur la perméabilité des veines capillaires. La vitamine P* (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 40, 3 Octobre 1936, p. 935-938). — Les expériences antérieures des auteurs ont démontré que dans les maladies hémorragiques, la vitamine C n'a pas d'effet, mais, qu'au contraire, le jus de citron ainsi que le paprika, dans bien des cas, peuvent influencer ces maladies très favorablement. De ces faits, ils ont conclu que dans ces végétaux, on doit rechercher avec la vitamine C une substance qui a une propriété de vitamine.

A l'appui de ces observations et de la supposition ci-dessus, il leur fut possible d'isoler une substance vitaminique du jus de citron. Selon l'analyse chimique, elle est d'origine flavonique (substance γ-benzo-pyronique). Cette substance est capable de guérir le purpura vasculaire, mais elle ne peut influencer les purpuras hémogéniques. Cette flavone peut empêcher, dans plusieurs maladies, la transsudation des protides due à la perméabilité augmentée des veines capillaires (Inflammation séreuse de Eppinger).


UN HYPNOTIQUE DOUX
DE TOLÉRANCE PARFAITE
DESTINÉ AUX
INSOMNIQUES ET AUX ANXIEUX
Sonéryl
butyl-éthyl-malonylurée
INSOMNIE causée par la douleur
INSOMNIE des vieillards
COMPRIMÉS A 0 GR 10 • TUBES DE 20 COMPRIMÉS
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES: POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, rue Jean Goujon • PARIS 8ème

Vu les propriétés attribuées à cette substance flavonique, les auteurs l'ont surnommée « vitamine de perméabilité » ou vitamine P.

A. Blazso.

F. Sz. Szolnoki. ***Le métabolisme du potassium chez les femmes enceintes normales et chez celles présentant des accidents toxiques*** (*Orvosi Hetilap*, t. **80**, n° 40, 3 Octobre 1936, p. 950-951). — Dans la pathogénèse des diverses hypertensions le rôle du potassium n'est pas encore établi dans tous ses détails. Nous connaissons seulement les faits d'après les recherches de Armentano, qui a trouvé que la courbe de potassium du sang, faite dans l'intervalle de cinq, dix, trente, soixante minutes, après l'administration de 0 gr. 25 de chlorure de potassium, augmente chez les sujets sains, tandis que chez les artérioscléreux elle augmente d'abord, puis diminue ensuite. Dans l'hypertension essentielle, la tendance de la courbe est totalement négative.

Dans la grossesse toxique, c'est-à-dire chez les néphropathiques et les éclamptiques, il y a toujours de l'hypertension, S. a examiné la courbe de potassium chez ces sujets. Il a trouvé que dans la toxicose gravidique la tendance de la courbe de potassium, à l'exception d'un cas, est toujours négative; elles sont de même nature que celles trouvées par Armentano dans l'hypertonie essentielle. Si la toxicose cesse, la courbe augmente comme celles des individus normaux. Chez les gravidiques cliniquement saines, on peut observer deux sortes de courbes. L'une d'elles est normale avec une tendance positive, l'autre est semblable à des cas toxiques, c'est-à-dire que la courbe de potassium baisse. Il est encore à examiner si la courbe à tendance négative, que l'auteur a observée chez quelques femmes enceintes normales, ne serait pas le signe d'une toxémie cachée ?

A. Blazso.

IL POLICLINICO [Sezione chirurgica]
(Rome)

A. Grassi. ***L'influence de la cholestérine sur le processus de guérison des fractures*** (*Il Policlinico* [*Sez. Chirurg.*], 15 Novembre 1935, p. 544-556). — Les résultats obtenus par G., après une série de recherches expérimentales, confirment les faits actuellement connus sur les rapports entre le trophisme local des lipoïdes et le dépôt des sels calciques.

La cholestérine introduite dans le foyer de fracture, au contact des tissus qui forment habituellement le cal, accélère notablement le processus biochimique de fixation des sels de chaux.

Cette influence heureuse de la cholestérine est expérimentalement nette et peut se vérifier radiologiquement et sur des coupes histologiques.

Radiologiquement, après introduction de cholestérine au centre d'un foyer de fracture, on voit l'opacité du cal en formation s'élargir et s'accentuer, ce que ne donnent pas les injections parallèlement effectuées avec des liquides témoins.

Histologiquement, on constate la vivacité du phénomène de prolifération, l'apparition rapide de cartilage et surtout la précocité d'ossification du tissu préosseux.

Les expériences ont été faites sur 15 lapins qui recevaient 1 à 2 cmc de solution huileuse de cholestérine dans un foyer de fracture et en injections intra-musculaires.

La méthode n'a pas été appliquée à l'homme, semble-t-il.

Marcel Arnaud.

RIVISTA DI MALARIOLOGIA
(Rome)

G. Casini. ***Azione di alcuni preparati antimalarici sugli Infusori (Action de quelques préparations antimalariques sur les Infusoires)*** [*Rivista di malariologia*, t. **15**, 1936, p. 153-160]. — Binz (1891) a essayé l'action de la quinine sur les Protozoaires de divers groupes. Plusieurs auteurs ont déjà répété ses expériences, en utilisant des animaux et végétaux inférieurs.

C. étudie, sur des Infusoires provenant d'infusions de foin ou trouvés dans les selles de moutons, l'action de la quinine, de la cinchonine, du quinetum n° 2, et de quelques succédanés ou médicaments composés : atébrine, acridine n°8, C 77 Giemsa, plasmochine, plasmochine composée, quiniostovarsol.

Ce sont les alcaloïdes du quinquina qui ont l'action la plus rapide, puis l'atébrine. Les autres produits sont moins efficaces.

Ch. Joyeux.

GRUZLICA
(Varsovie)

J. Chodowicki. ***Le glutathion et sa teneur quantitative dans le sang des malades atteints de tuberculose pulmonaire*** (*Gruzlica*, t. **11**, n° 3, 1936, p. 248-274). — Il résulte des recherches de C. que, dans les formes de tuberculose non évolutive, la quantité de glutathion est normale. Dans la tuberculose cavitaire, la quantité de glutathion est augmentée. Cette augmentation peut être attribuée à l'accroissement de l'activité de la partie corticale des capsules surrénales grâce à laquelle les grands foyers tuberculeux sont maintenus à l'état de latence biologique. Dans les formes de tuberculose active, la quantité de glutathion est diminuée dans 85 pour 100 des cas. Si, pour apprécier la gravité de l'état de la maladie, on se base sur la température et la réaction de Biernacki, il n'est pas possible d'établir un parallèle précis entre la gravité de la maladie et la quantité de glutathion réduit dans le sang. La quantité la plus faible de glutathion dans le sang s'observe au cours des formes de tuberculose pulmonaire rapidement évolutives. Ce fait traduit l'imprégnation toxique grave de l'organisme et l'insuffisance accentuée du système endocrinien et particulièrement de la partie corticale des capsules surrénales.

Fribourg-Blanc.

MEDYCYNA
(Varsovie)

V. Filinski. ***Syndromes rares de compression des nerfs au cours des affectoins du cœur et des gros troncs vasculaires*** (*Medycyna*, n° 10, 21 Mai 1936, p. 296-299). — F. relate un cas de hoquet persistant avec vomissements au cours d'une insuffisance et rétrécissement mitral. La phrénicectomie gauche a arrêté le hoquet et les vomissements ont rétrocédé. Il semble que le hoquet ait été dû à l'irritation du phrénique gauche par compression par l'auricule dilatée de l'oreillette gauche. Les vomissements avaient leur origine dans la compression du pneumograstrique entre l'oreillette et l'œsophage.

Dans un autre cas, l'auteur a observé un syndrome basedowien qui serait dû à la compression du ganglion stellaire du nerf sympathique par un anévrysme de l'aorte. Le traitement spécifique par le bismuth a eu raison de ces troubles.

Fribourg-Blanc.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

P. Topa. ***Le traitement complémentaire des fractures opérées*** (*Romania Medicala*, t. **14**, n° 22 15 Novembre 1936, p. 285-287). — Le traitement des fractures ne se réduit pas uniquement à la consolidation osseuse par un cal osseux volumineux, solide et indolore. Le plâtre enlevé, on observe une série de troubles qui gênent le fonctionnement du membre traumatisé.

Les troubles fonctionnels qui surviennent à la suite de l'immobilisation prolongée, sont :

1° *L'œdème* dû à la perte de la tonicité veineuse, à la parésie de l'innervation vaso-motrice et la stase circulatoire, conséquences de l'inactivité musculaire et de l'immobilité ;

2° *L'atrophie musculaire*. Elle est curable (Mignot et Mally). Par la mécanothérapie, les muscles récupèrent leur volume et leur force initiale;

3° *Les raideurs articulaires* dues à la rétraction et à l'épaississement de la synoviale, capsule et des ligaments. Elles sont curables;

4° *L'atrophie osseuse calcaire* se traduit par une augmentation de la transparence osseuse aux rayons X. Pour l'empêcher on donne aux malades des glycérophosphates de calcium, soude, potassium et magnésie.

Après avoir exposé rapidement la valeur de la mécanothérapie active et passive, et de la diathermie, T. énumère les résultats obtenus, dans un tableau, ayant classé les fractures suivant les régions, avec le nombre de séances de diathermie et de mécanothérapie jusqu'à la récupération des fonctions.

Enfin les notions d'âge et d'ancienneté des fractures entrent également en ligne de compte.

Henri Krauter.

SPITALUL
(Bucarest)

D. E. Paulian et **L. Popp.** ***Petit ostéome au niveau de l'éminence arquée du rocher droit Vertige labyrinthique*** (*Spitalul*, t. **56**, n° 11, p. 427-429). — Il s'agit d'un cas où le malade présentait des vertiges labyrinthiques sous la forme de crises; à l'examen radiographique on a constaté un ostéome au niveau de l'éminence arquée du rocher droit, au-dessus du canal demi-circulaire supérieur droit.

Henri Krauter.

P. Dimitresco. ***La lithiase de la vaginale testiculaire*** (*Spitalul*, t. **56**, n° 11, p. 447-449). — La lithiase de la vaginale testiculaire signalée par Kocher n'est pas étudiée dans les traités de pathologie chirurgicale. D. a trouvé chez un malade porteur d'une hernie inguinale bilatérale et avec hydrocèle gauche, dans le sac de la vaginale, un calcul de 26 mm. 16. Sa composition chimique était extérieurement de phosphates de calcium et de magnésium. Le centre contenait des cristaux de cystine.

Henri Krauter.

M. Lungle. ***Les péritonites appendiculaires*** (*Spitalul*, t. **56**, n° 11, p. 451-458). — En dehors du traitement opératoire des péritonites appendiculaires, la transfusion sanguine directe, massive e, répétée et des sérums antigangréneux et anticolibacillaire doivent être employés, systématiquement et précocement, dans tous les cas d'intoxication profonde.

Ce traitement permet la rehydratation du malade ainsi que sa désintoxication par les hématies fraîches, inaltérées et oxygénées et les anticorps de l'appareil phagocytaire supplémentaire. L'érythropoïèse est stimulée.

Pernaro-Caplesco qui a transfusé un grand nombre de malades graves, péritonitiques, a obtenu une réduction de la mortalité de 40 pour 100-50 pour 100 à 7,3 pour 100.

Le diagnostic et l'intervention précoce dans l'appendicite latente des faux hépatiques et faux gastropathes devrait encore contribuer à abaisser les statistiques de la péritonite appendiculaire.

Henri Krauter.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

W. Löffler. ***Les infiltrations pulmonaires fugitives avec éosinophilie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 45, 7 Novembre 1936, p. 1069-1078). — L. a déjà eu l'occasion de publier des observations relatives à un état pathologique extrêmement bénin caractérisé par la présence, dans un champ pulmonaire, d'ombre plus ou moins étendue avec éosinophilie sanguine très marquée. Ces lésions, qui apparaissent en quelques jours, disparaissent très rapidement. Le symptôme principal, l'ombre pulmonaire, constatable aux rayons Roentgen, a une localisation et une étendue variable, disparaît en général en 3 à 8 jours et son diagnostic ne peut être fait que si on procède à des radiocoscopies ou à des radiographies tous les jours ou tous les 2 jours.

Le 2e symptôme, l'éosinophilie, peut atteindre des degrés très élevés. Le maximum constaté par L. a été de 66 pour 100 sur un total de 14.300 globules blancs. Ce symptôme accompagne l'infiltration mais ne lui succède pas, bien que son maximum s'observe souvent un peu plus tard que le maximum de l'ombre pulmonaire. De plus, il n'y a pas parallélisme entre l'importance de l'infiltration et celle de l'éosinophilie — celle-ci pouvant être très importante alors que l'infiltration est petite — et l'éosinophilie peut persister plus longtemps que l'ombre pulmonaire. Quant aux signes cliniques ils consistent en trouble modéré de l'état général. Sur 51 observations, 14 concernent des découvertes faites au cours de radioscopie en série. 2 des malades seulement ont dû garder le lit pendant 1 jour ou 2. Quelques-uns se sont plaints de fatigue générale depuis quelques jours. Dans 30 cas, les malades n'ont accusé aucune élévation de la température. Dans 2 cas, on a noté 38° et dans un seul cas 39° 2. Chez ce dernier malade, qui présentait une éosinophilie de 7 pour 100, le diagnostic différentiel avec la pneumonie fut particulièrement difficile.

A l'auscultation, on constate une respiration vésiculaire un peu rude, quelques râles crépitants et parfois un frottement fin. Les malades accusent assez souvent un peu de toux d'irritation ; il est rare qu'il y ait expectoration et, dans 2 cas, celle-ci contenait du sang. Ls larves d'ascaris ont été recherchées avec soin ; mais, on n'en a jamais trouvé.

Sur les radiographies en série, l'ombre pulmonaire augmente tout d'abord au point de vue intensité et extension, puis s'éclaircit et disparaît très rapidement. La forme affectée par l'ombre peut être importante et plus ou moins irrégulière. Elle peut aussi consister en un petit foyer circulaire rappelant l'infiltration précoce classique d'Assmann. Dans certains cas, elle présente plusieurs centres, parfois même elle est nettement lobée. Enfin, on observe parfois une ombre tout à fait analogue à celle de l'infiltration tuberculeuse secondaire. La plèvre est souvent intéressée comme le montrent les frottements entendus à l'auscultation et on a pu établir à plusieurs reprises l'existence d'un épanchement pleural circonscrit.

Le maximum de fréquence de cette affection coïncide avec les mois de Juillet et d'Août. Les hommes font les 2/3 des observations et dans deux circonstances cette affection a été constatée chez plusieurs membres d'une même famille. Il n'a pas pu être démontré que les ascaris interviennent, bien que leur rôle soit possible au moins dans certains cas. Il ne semble pas non plus s'agir de phénomènes anaphylactiques, ni d'asthme, bronchite, ni d'atélectasie. La cutiréaction a été négative dans 13 cas sur 37.

Il semble que divers mécanismes puissent intervenir dans la genèse de cette affection, qui devrait alors être considérée comme l'expression de réactions tissulaires résultant d'un état d'allergie. Ce qui paraît le plus vraisemblable est qu'il s'agit d'infiltrations tuberculeuses extraordinairement bénignes du fait d'un état d'allergie particulièrement favorable.

P.-E. Morhardt.

Carl Müller. ***Le facteur antistérilité (Vitamine E) dans le lait de femme*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 47, 21 Novembre 1936, p. 1164-1167). — Parmi les travaux relatifs à la vitamine E, il en est qui mettent en évidence l'importance de ce facteur dans la croissance. C'est ce qui a amené M. à étudier le lait de femme au point de vue de son pouvoir thérapeutique de la stérilité par carence de vitamine. Pour cela, 30 rats femelles ont été soumis à un régime sans vitamine E jusqu'à l'apparition de stérilité complète, confirmée par le fait que la saillie restait sans conséquence.

Dans une série témoin, on a ajouté à ce régime une quantité d'huile de germe de blé suffisante pour obtenir la guérison. Dans d'autres séries, on a ajouté au régime du lait de vache du marché (15 cmc) ou du lait de femme (2 ou 15 cmc par jour). Enfin, dans deux autres séries, le lait de femme utilisé provenait de sujets auxquels on avait administré préalablement de la vitamine E. On a constaté ainsi, que le lait de vache restait sans effet, de même que le lait de femme normale. Par contre, le lait de femme à qui on avait administré de l'huile de germe de froment a manifesté une activité thérapeutique à des doses, il est vrai, maxima. On ne saurait encore dire dans quelles mesures les nourrissons ont besoin de cette vitamine. On sait seulement, que chez les animaux, il faut un certain temps avant que le régime carencé fasse sentir ses effets, ce qui implique l'existence chez le nouveau-né d'une certaine réserve de vitamine E.

P.-E. Morhardt.

A. Schüpbach. ***La fièvre uvéoparotidienne*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 47, 21 Novembre 1936, p. 1182-1183). — S. donne l'observation d'un homme de 35 ans qui, en Mars 1936, commença à se sentir fatigué, sans appétit et à maigrir. Au milieu d'Avril, apparut une iridocyclite nodulaire subaiguë, accompagnée de poussées passagères de température subfébrile et d'un gonflement symétrique, indolore, bilatéral, des parotides ainsi que d'une augmentation de volume considérable du hile et d'une splénomégalie importante. Au bout de 18 jours, une paralysie périphérique droite du facial. Fin Juillet, tout était rentré dans l'ordre ou à peu près, l'affection oculaire n'ayant laissé que quelques précipités sur la membrane de Descemet.

Il s'agit là d'un exemple classique de fièvre uvéoparotidienne subchronique, affection dans laquelle, après quelques prodromes généraux plus ou moins prolongés, survint le gonflement des parotides, l'affection de l'uvée et enfin, dans la moitié des cas, des symptômes périphériques nerveux comme des lésions du facial ou d'autres nerfs (névrite optique, ptose, troubles de la Ve paire). La méningite n'a jamais été observée. Par contre, on a constaté exceptionnellement du diabète insipide, comme ce fut le cas dans une observation également reproduite par S. et due à Franceschetti, de Genève.

Au point de vue étiologie, on ne peut pas admettre qu'il s'agit d'oreillon atypique puisque l'orchite ne s'observe pas. Il ne semble pas non plus qu'on puisse invoquer une étiologie tuberculeuse étant donnée la fréquence des complications névritiques, lésions d'une rareté extrême dans la tuberculose. Il est possible que cette affection, comme le syndrome de Mikulicz, représente simplement une unité clinique, mais non pas étiologique. La thérapeutique incombe à l'ophtalmologiste.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

A. W. Elmer (Lwow). ***La physio-pathologie du métabolisme de l'iode et son rapport avec la fonction de la glande thyroïde*** (*Paris-Médical*, t. **26**, n° 50, 12 Décembre 1936, p. 433-442). — Dans l'organisme, l'iode agit comme un composant de l'hormone thyroïdienne et, d'autre part, comme un ion dans les liquides humoraux et les tissus.

L'iode est un composant physiologique de toute cellule. L'organisme d'un homme adulte en contient de 20 à 50 milligr. dont la moitié se trouve dans la musculature et 1/5 dans la thyroïde. On n'a jamais pu retrouver dans les glandes endocrines l'iode sous forme de thyroxine.

L'iode du sang oscille entre 8 et 18 γ pour 100. Les valeurs sont plus fortes en été qu'en hiver et correspondent aux oscillations saisonnières de la thyroïde. La différence de la teneur en iode des aliments explique le fait que l'iodémie des habitants du bord de la mer est plus élevée que celle des continentaux.

La thyroxine dans le sang oscille entre 2,9 et 4,8 γ pour 100. L'iode thyroxinique ne constitue qu'une partie de l'iode organique (40 à 50 pour 100).

L'iode se trouve encore dans les autres liquides de l'organisme: dans la lymphe, dans le chyle où son taux est plus élevé après les repas, dans le colostrum. Le lait de femme des 24 heures contient 20 à 47 γ d'iode.

L'iode est éliminé principalement par les reins (50 pour 100 environ). L'excrétion par les fèces est faible (2,8 à 9 γ pour 100). Le reste est éliminé par la peau et les gaz respiratoires.

L'étude du bilan iodé montre que l'optimum d'iode nécessaire oscille, pour l'homme, entre 100 et 200 γ d'iode par 24 heures; le minimum serait au-dessous de 100 γ.

La thyroïde exerce encore une influence sur l'aptitude des autres tissus à fixer et emmagasiner l'iode.

Après la thyroïde, le lobe antérieur de l'hypophyse est la glande qui possède le plus d'iode (en moyenne au-dessus de 400 γ pour 100).

La concentration d'iode dans le diencéphale est plus élevée que dans les autres parties du cerveau.

Le taux de l'iode est relativement élevé dans les ovaires; il est plus faible dans les testicules et dans la partie corticale des surrénales.

Dans la thyréotoxicose primaire, l'iode total de la thyroïde est diminué; il est normal et même augmenté dans la thyréotoxicose secondaire. Dans le myxœdème et dans le goitre, les chiffres d'iode dans le sang et dans la glande sont très variables.

Robert Clément.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (Paris)

Henschen (Folke). ***Le « syndrome de Morgagni » (Hyperostose frontale interne, Virilisme, Adipose)*** (*Annales d'Anatomie Pathologique*, t. **13**, n° 8, Novembre 1936, p. 943-960). — Sous le nom de « syndrome de Morgagni », H. décrit un nouveau groupement anatomo-clinique dont il a trouvé la description fortuite chez le grand anatomo-pathologiste.

La lésion en est constituée par une hyperostose verruqueuse et bosselée, située à la face interne de l'os frontal et refoulant, par conséquent, les lobes frontaux du cerveau.

Cette lésion, qui a été remarquée par beaucoup d'auteurs et qui a suscité des interprétations pathogéniques diverses, est loin d'être rare dans sa forme fruste. H. en a examiné 200 exemples, la plupart ébauchés, 2 très nets.

Il a noté, d'abord, que cette altération se rencontre exclusivement chez la femme adulte, à partir de 30 ans et qu'elle est surtout fréquente après 60 ans. Elle coexiste avec un visage épais, de type viril et avec un développement important du système pileux facial. Elle coexiste également avec un embonpoint notable. Ainsi se trouvent constitués les trois éléments du nouveau syndrome.

Au point de vue pathogénique, H. pense que l'apparition de l'hyperostose frontale est en rapport avec les altérations de l'appareil endocrine féminin lors de la ménopause, et tout spécialement avec les altérations de l'hypophyse. Il faut dire que cette théorie n'est pas basée sur des recherches histo-pathologiques probantes portant sur ces glandes endocrines.

H. tire plutôt argument des analogies cliniques qui existent, dans certains cas, entre l'acromégalie et le syndrome qu'il décrit. La question suscitera certainement de nouvelles recherches.

P. Moulonguet.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

M. Guilleminet, L. Morenas et F. Magnin (Lyon). ***Les formes chirurgicales de l'ascaridiose*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **26**, n° 10, Décembre 1936, p. 1121-1140). — Les ascaris peuvent par leur présence, leur nombre provoquer dans l'organisme des complications qui requièrent le traitement chirurgical.

On peut diviser l'ascaridiose chirurgicale en trois chapitres : l'ascaridiose intestinale, l'ascaridiose hépato-biliaire, et les ascaridioses exceptionnelles.

Dans l'ascaridiose intestinale, les appendicites sont rares et peu probantes; G., M. et M. en rapportent cependant un cas personnel. Mais, les complications les plus fréquentes sont les occlusions intestinales et les invaginations; occlusions par pelotonnement des ascaris, qui peuvent aller jusqu'à la nécrose de l'intestin et sa perforation; invaginations qui sont peut-être favorisées par l'action irritante et péristaltique des sécrétions ascaridiennes. Au point de vue des symptômes, on peut observer al crise de colique vermineuse, ou l'occlusion aiguë précédée d'obstruction. L'intervention consiste à lever l'obstacle soit par expression du peloton d'ascaris jusqu'à l'entérotomie, avec ou sans résection de l'anse, suivant son degré d'altération. Dans l'invagination, l'intervention consiste soit en une simple réduction, soit en une résection avec entéro-anastomose.

On peut encore observer des perforations intestinales primitives ou secondaires aux interventions, et des accidents post-opératoires.

Dans l'ascaridiose hépato-biliaire, on peut observer l'obstruction du cholédoque et son infection secondaire, avec ictère et angiocholite. Ces symptômes observés chez l'enfant doivent toujours faire penser à l'ascaridiose. G., M. et M. rapportent une observation de cholécystostomie, chez une enfant, où il y eut expulsion d'ascaris par la fistule.

Le stade terminal de l'ascaridiose des voies biliaires peut être l'abcès du foie.

On a noté enfin, des ascaridioses rares, pancréatique, tubaire, pleuro-pulmonaire, urinaire.

Dans tous les cas, il importe de compléter le traitement chirurgical par un traitement anthelminthique, pour éviter les récidives.

J. Okinczyc.

S. Ryss (Leningrad). ***Le choc comme moyen thérapeutique dans le traitement des maladies de l'appareil digestif*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **26**, n° 10, Décembre 1936, p. 1141-1157). — La maladie ulcéreuse de l'estomac et du duodénum serait selon R. de nature allergique et il y aurait une allergie locale du tissu gastrique.

Certaines formes d'entérocolites seraient aussi de nature allergique et peuvent se présenter sous forme de catarrhe muqueux, de formes fibrineuses, nécrotisantes, ulcéreuses.

Partant de cette hypothèse, R. a institué une thérapeutique de choc au moyen de l'hémoprotéine et aurait obtenu des résultats encourageants. Cependant, le choc ne communique pas toujours à l'organisme l'immunisation et une désensibilisation stable.

Le choix de l'antigène est très important, et l'hémoprotéine répond à tous les desiderata.

J. Okinczyc.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

G. Paisseau, Mlle **Boegner et C. Vaille.** ***Sur l'emploi des sérums salés dans le choléra infantile*** (*Archives de médecine des enfants*, t. **40**, n° 2, Février 1937, p. 73-83). — Les injections hypertoniques par voie endoveineuse à la dose de 2 à 5 cmc de sérum chloruré sodique à 20 pour 100 avaient paru donner à P., B. et V. des résultats encourageants et parfois remarquables dans le choléra infantile. Mais Ribadeau-Dumas et ses collaborateurs établirent que dans la très grande majorité des accidents cholériformes du nourrisson on observait un état d'acidose avec hyperchlorémie globulaire à l'inverse de ce qui s'observe dans les vomissements par sténose.

La conclusion logique de ces dernières constatations est que les injections de sérum salé sont en principe contre-indiquées, peuvent même devenir dangereuses et que les sérums chlorurés devraient être remplacés par des sérums bicarbonatés ou glycosés.

Or les recherches entreprises par P. B. et V. leur ont montré que les injections sous-cutanées de sérums salés, selon la technique si longtemps en usage, associées aux injections hypertoniques ou employées seules, ne sont pas nuisibles et exercent souvent une influence heureuse sans gêner le retour vers la normale du syndrome humoral d'hyperchlorémie avec acidose, lorsque l'évolution clinique est favorable.

P., B. et V. reconnaissent que théoriquement les travaux de Ribadeau-Dumas et de son école contre-indiquent l'emploi des sérums chlorés par voie sous-cutanée en quantité notable dans les hyperchlorémies sanguines, mais pratiquement il leur a paru que le choix d'un sérum dans les états cholériformes du nourrisson ne peut être déterminé par les résultats des examens biochimiques.

En présence des résultats cliniques paradoxaux qu'ils ont obtenus, P., B. et V. continuent à se demander si aux injections intraveineuses de sérum hypertonique, dont l'action semble particulièrement rapide et manifeste, mais qui doivent être réservées aux cas graves en raison de la difficulté de leur technique, des réactions fébriles et parfois des états de choc qu'elles peuvent provoquer, il convient d'as-

socier les injections sous-cutanées de liquides chlorurés ou, au contraire, comme le conseille Ribadeau-Dumas, les injections de sérums glycosés ou alcalins.

G. Schreiber.

René Martin et **P. Champion.** ***L'encéphalo-myélite de la scarlatine*** (*Archives de Médecine des enfants*, t. **40**, n° 2, Février 1937, p. 84-100). — M. et C. basent leur travail sur une observation personnelle et 18 observations d'autres auteurs français et étrangers.

Les encéphalo-myélites de la scarlatine, qui sont extrêmement rares, sont pourtant connues depuis longtemps. Leur début brutal, leurs signes neurologiques de haute gravité avaient impressionné les anciens auteurs.

L'*âge* de prédilection de cette complication est la grande enfance. Sur 22 cas, elle est survenue 8 fois entre 6 et 10 ans, 11 fois entre 10 et 21 ans et 3 fois après 21 ans.

Il est impossible d'établir un rapport entre la gravité de la scarlatine et la fréquence de cette complication qui peut d'autre part apparaître à tout moment de l'évolution de la maladie.

L'atteinte nerveuse peut être brutale ou s'annoncer par des prodromes : céphalée, abattement, somnolence, agitation, vomissements. Les manifestations cliniques ultérieures sont des plus polymorphes. Les diverses parties du système nerveux peuvent être touchées à des degrés divers, soit simultanément, soit successivement. On peut observer des *méningo-encéphalo-myélites aiguës* ou *subaiguës*, des *encéphalites localisées*, des *polynévrites*.

Les formes aiguës ou suraiguës sont relativement très rares et lorsque les accidents nerveux sont très précoces, on est en droit de se demander si l'on n'est pas en présence d'une scarlatine maligne foudroyante ou ataxo-adynamique qui aboutit très vite à la mort, avec un tableau sensiblement identique.

A côté des formes apoplectiques, Van Bogaert a rapporté 2 cas d'encéphalo-myélite disséminée subaiguë.

Le *syndrome cérébelleux* peut dominer le tableau clinique, réalisant une ataxie aiguë (Schilder). Les formes cérébelleuses sont graves du fait de leurs séquelles.

La *forme hémiplégique* est décrite dans les observations de Fürbringer et de Muls. Ont été signalés également : un syndrome lenticulaire (Urechia), un syndrome de Benedikt (Urechia), des troubles du caractère (Urechia) et des syndromes parkinsoniens (Obarrio) postscarlatineux. Enfin la scarlatine a pu déterminer des *paralysies périphériques*.

La *ponction lombaire* fut pratiquée chez 7 malades : 6 fois le liquide céphalo-rachidien était modifié et témoignait d'une sécrétion méningée discrète.

L'*évolution* et le *pronostic* de l'encéphalo-myélite de la scarlatine sont habituellement favorables. La terminaison mortelle est rare (3 cas). C'est l'encéphalite comateuse d'emblée qui compte les décès à son actif. La régression des accidents se produit au bout de 4 à 5 jours; elle est le plus souvent complète. Cependant on note parfois des séquelles : parésies, troubles psychiques.

G. Schreiber.

LE CANCER
(Paris)

Mlle P. Mendeleeff. ***Recherches sur l'action hormonale de l'hypophyse au cours de l'évolution locale de la tumeur*** (*Le Cancer*, t. **12**, n° 4, p. 287). — Dans cet intéressant travail, Mlle M. recherche des altérations précoces qui apparaîtraient chez des animaux porteurs de greffes cancéreuses. Elles consisteraient dans des modifications de l'action coagulante bien connue des extraits d'organes, notamment de ceux qui sont obtenus avec l'hypophyse, la moelle épinière, la rate, les nerfs sympathiques.

Voici comment les expériences sont conduites : on prépare un plasma hépariné de lapin normal; on le met en présence de dilutions décroissantes de l'extrait aqueux d'organe à étudier et on note la vitesse de coagulation.

Les cobayes ont été greffés avec une souche de lipo-sarcome à développement lent. Sacrifiés après des délais variables à partir de la greffe, ils permettent de rechercher les altérations du pouvoir coagulant des différents organes énumérés ci-dessus.

Pendant le temps de latence de la greffe, c'est-à-dire entre son insertion et le début de sa croissance, on ne note de modification du pouvoir coagulant que pour l'extrait d'hypophyse, qui devient beaucoup moins rapidement coagulant pour le plasma hépariné que normalement. Cette modification se produit à partir de la 4e heure et elle dure jusqu'à la mort de l'animal.

Lorsque la greffe a commencé à se développer, les résultats des expériences sont tout différents et le retard du pouvoir coagulant apparaît aussi bien pour les extraits de moelle osseuse, de rate, de moelle épinière, etc..., que pour l'extrait hypophysaire. Il faudrait donc conclure que l'hypophyse joue un rôle particulier dans le comportement de la greffe cancéreuse parce que ses modifications précèdent le développement de cette greffe; tandis que les modifications des autres organes sont contemporaines de l'apparition du cancer. Il faut noter cependant que les nerfs sympathiques se comportent comme l'hypophyse, leurs extraits ayant un pouvoir coagulant modifié dès que la greffe cancéreuse est réalisée.

Des greffes d'embryons se sont comportées de façon toute différente des greffes cancéreuses et elles ne modifient nullement le pouvoir coagulant normal des extraits d'hypophyse et des autres organes.

Chez des rats porteurs de cancers provoqués par la benzopyrène, par contre, les modifications du pouvoir coagulant des extraits d'organe sont les mêmes que dans le cas de cancer greffé. Enfin chez les animaux devenus réfractaires à la greffe, les modifications de l'extrait hypophysaire cessent après la résorption complète des tissus cancéreux greffés.

Comment faut-il comprendre cette modification hypophysaire ? S'agit-il d'une sécrétion hormonale déclenchée par la présence des cellules cancéreuses dans l'organisme ? L'expérience montre, en tout cas, qu'il n'y a aucun rapport entre cette modification cancéreuse et les hormones hypophysaires connues : les organes qui sont le plus sous la dépendance de l'hypophyse : thyroïde, pancréas, glandes génitales, ne sont nullement touchés par la présence du cancer et le pouvoir coagulant de leurs extraits reste inchangé. D'autre part, contrairement à l'hormone de croissance dont on pourrait la rapprocher, la substance qui apparaît dans l'hypophyse des animaux cancéreux est thermolabile.

Pour le moment, Mlle M. tire de ces recherches la conclusion qu'elles peuvent servir à un nouveau procédé de diagnostic du cancer, basé sur la recherche de l'abaissement du pouvoir coagulant *in vitro*, des extraits de leucocytes.

P. Moulonguet.

C. Ronsse. ***Etude du pouvoir inhibant d'extraits d'organes, administrés par ingestion ou injection, sur le cancer expérimental*** (*Le Cancer*, t. **12**, n° 4, p. 319). — R. a étudié l'action modificatrice, exercée sur la cancérisation par badigeonnage au goudron, par l'absorption de différents extraits d'organes. Ces expériences, faites sous la direction du prof. Maisin, ont porté sur de nombreux animaux et paraissent avoir été très bien conduites. Pour chaque groupe d'expériences des souris-témoins ont permis l'établissement de pourcentages de cancérisation aux différentes périodes, en comparaison avec les souris traitées.

Lorsque, au cours des badigeonnages, il est ajouté à la nourriture des animaux du cerveau, du thymus, de la moelle osseuse, de la poudre de ganglions ou d'estomac, le pourcentage de cancers cutanés obtenus au niveau du badigeonnage reste beaucoup plus bas. Il y a donc, dans ces organes, une substance inhibitrice à la cancérisation, qui agit par voie digestive.

En préparant des extraits, suivant différentes formules, avec ces substances inhibitrices et notamment le cerveau, la plus efficace de toutes, R. a essayé de préciser la nature de cette substance inhibitrice. Il l'a fait agir par voie parentérale et par voie digestive, Il ne semble pas que l'action de ces extraits soit incomparablement plus active que celle des organes totaux, absorbés par voie digestive.

Des recherches analogues faites avec la vitamine A permettent d'affirmer que ces substances inhibitrices hypothétiques n'ont aucun rapport avec la vitamine A.

P. Moulonguet.

GYNÉCOLOGIE et OBSTÉTRIQUE
(Paris)

Brindeau, Lantuéjoul et **Hinglais.** ***Pathogénie des vomissements graves de la grossesse*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. **35**, n° 1, Janvier 1937, p. 5). — B., L. et H., tout en rappelant le rôle joué par le système nerveux dans les vomissements de la femme enceinte, estiment que le pithiatisme ne saurait tout expliquer. Une base organique, plus ou moins importante, existe et c'est sur cette base que se greffent des phénomènes pithiatiques parfois légers, parfois au contraire d'une telle intensité qu'ils dominent la scène et masquent la lésion organique et originelle. Cette base organique peut être variable : lésions gastriques ou hépatiques ou intestinales, déséquilibre endocrinien, rôle de l'inanition progressive. Mais, dans quelques cas, le laboratoire a permis aux auteurs de relever un fait des plus intéressants : la présence dans les urines et le sang de la vomisseuse d'une quantité anormale d'hormone gonadotrope. On sait que le dosage des hormones, dans le sang de la femme enceinte, donne, en cas de grossesse normale, 5 à 10.000 unités Brindeau-Hinglais et, en cas de môle hydatiforme, 60 à 150.000 et plus. Or, entre ces deux zones, les résultats du dosage sont parfois difficiles à interpréter. Dans les recherches que B., L. et H. ont poursuivies comparativement en dosant la teneur sanguine en hormones et en examinant histologiquement le placenta, ils ont remarqué que la quantité d'hormones semblait en rapport avec l'activité histologique de l'ectoderme fœtal et, en particulier, du plasmode. Dans les cas de rétention d'œuf mort, le revêtement plasmodial est l'*ultimum moriens* de la villosité. Les cellules de Langhans résistent beaucoup moins longtemps à la nécrose du tissu villeux et, tant que le plasmode se colore, la réaction reste positive, plus ou moins faiblement positive, mais positive.

Or les vomissements graves de la grossesse s'accompagnent souvent d'une élimination anormale d'hormones, même si la grossesse n'est pas molaire : B., L. et H. ont relevé, en effet, 7 cas entre 5.000 et 15.000, 3 cas entre 15.000 et 300.000, 3 cas entre 30.000 et 50.000. Il semble que, dans ces cas, on puisse considérer, comme étant la cause organique première des vomissements, cet excès d'hormones et le rattacher à une exubérance anormale du plasmode.

Ceci dit, le rôle du pithiatisme surajouté reste capital.

Il n'est pas question de considérer tous les cas de vomissements graves comme dus à une anomalie plasmodiale : bien d'autres « épines irritatives » doivent pouvoir provoquer ce syndrome.

Henri Vignes.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

Ludo Van Bogaert et **Edouard Willocx.** ***Etudes anatomo-cliniques sur la dégénérescence hépatolenticulaire*** (*Revue Neurologique*, t. **66**, n° 5, Novembre 1936, p. 461-498). — La maladie de Wilson et la pseudo-sclérose de Westphal-Strumpel ne représentent sans doute que des variétés d'un même processus qu'on est en droit de réunir avec Hall sous le nom de dégénérescence hépato-lenticulaire.

V. B. et W. rapportent d'abord un cas de forme portale de maladie de Wilson. Un jeune homme de 17 ans présente avec un syndrome abdominal subaigu, sans autres signes que l'ascite, un peu de fièvre qui fait penser à une péritonite tuberculeuse. Peu de signes neurologiques en dehors d'un certain degré d'inertie et d'émotivité psychique, de lenteur de la parole et d'un tremblement menu de l'avant-bras. L'anesthésie chloroformique aggrave brutalement les symptômes neurologiques et hépatiques. Apparition d'un syndrome extrapyramidal, de crises opisthotoniques avec contracture de la face, d'un ictère avec ascite, tendances hémorragiques et splénomégalie réalisant un syndrome portal.

V. B. et W. rapportent également deux cas familiaux, mais non héréditaires, de pseudo-sclérose, appartenant à une famille de 8 enfants dont 4 sont atteints de pseudo-sclérose. V. B. et W. montrent les caractères particuliers de ces deux types de dégénérescence hépato-lenticulaire. Dans les deux types, les poussées de dégénérescence hépatique et de désintégration cérébrale sont strictement parallèles, et la mort est précédée dans les deux par une toxémie brutale amorçant des paroxysmes tétanoïdes très particuliers. Ces deux types peuvent évoluer également dans une même famille, ce qui est en faveur de l'unicité de la maladie.

L'examen anatomique montre dans le premier cas des lésions typiques de la maladie de Wilson, et dans le second des lésions de pseudo-sclérose. Elles montrent que la dégénérescence hépato-lenticulaire n'a pas les caractères cytologiques ni la topographie d'une maladie systématisée.

La maladie est parfois héréditaire, et souvent familiale. Mais ce qui est hérédité, c'est non une malformation neurale, mais une viciation d'un métabolisme dont la source nous échappe.

H. Schaeffer.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Pierre P. Ravault et **Jacques Graber-Duvernay** (Aix-les-Bains). ***Recherches sur le rôle de la tuberculose dans le rhumatisme chronique progressif généralisé*** (*Journal de médecine de Lyon*, n° 403, 20 Octobre 1936). — Les recherches des auteurs ont porté sur 11 malades dont ils rapportent l'histoire et qui ne présentaient apparemment aucune tare tuberculeuse personnelle ou héréditaire.

Leurs recherches ont été d'ordre bactériologique, histologique et biologique, mais ils insistent surtout sur les critères bactériologiques, qui permettent seuls d'affirmer la nature tuberculeuse d'un processus rhumatismal. Aussi, ont-ils procédé à des biopsies articulaires non pas comme quelques auteurs l'avaient fait avant eux, à l'aide d'aiguille à microbiopsie ne permettant que la seule inoculation au cobaye, mais à l'aide d'un trocart spécial qui leur a permis de prélever sous anesthésie locale des fragments de tissus articulaires de 6 mm. de longueur sur 4 mm. de diamètre, susceptibles d'être cultivés, inoculés à des cobayes et aussi d'être étudiés histologiquement. Le poignet et le genou leur ont paru être les articulations le plus aisément abordables.

L'examen histologique a été constamment négatif, et dans aucun cas le bacille de Koch n'a pu être décelé par l'inoculation au cobaye.

A. Ravina.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

C. A. Meier et **W. Schlientz.** ***Nouvelles recherches sur la teneur en brome du sang en cas de psychose*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 50, 12 Décembre 1936, p. 1845-1847). — Les constatations faites par Zondek et Bier sur la teneur du sang en brome dans les psychoses ont amené M. et S. à reprendre ces recherches avec une méthode d'analyse plus précise. La méthode qu'ils ont adoptée est celle de Leipert et Watzlawek qui consiste essentiellement en une incinération humide dans un système clos. Pour que cette méthode donne tous ses résultats il est nécessaire de veiller à ce que le milieu soit d'une acidité suffisante, sans quoi il apparaît une teinte jaune, gênante pour le dosage.

Les recherches ont été poursuivies chez des sujets atteints de psychose maniaque dépressive ainsi que chez d'autres psychopathes, soit en tout chez 35 sujets âgés de 24 à 70 ans. Le nombre des dosages du brome pratiqués s'est élevé à 246. Comme le chlore a été également dosé, on a pu constater que l'antagonisme *chlore: brome* ne s'observe pas.

En ce qui concerne le brome, les chiffres varient de 75 à 233 γ pour 100 gr., soit une moyenne probable de 132 γ. Dans ces cas cependant les proportions ont été beaucoup plus élevées : le minimum, 776 γ et maximum 671.800 γ. Bien que les médecins qui avaient traité ces malades avant leur entrée à la clinique aient assuré que ceux-ci n'avaient pas pris de brome, il n'est pas exclu qu'il ait été fait usage d'un médicament aussi répandu.

De plus, il y a lieu de supposer que le brome alimentaire intervient également. La source principale de brome est représentée par le sel de cuisine et les recherches poursuivies par M. et S. à ce sujet ont montré que le sel vendu à Vienne contient 2 fois plus de brome que le sel vendu à Zurich. Il y aurait donc intérêt à poursuivre des recherches sur les variations du brome du sang suivant les contrées.

P.-E. Morhardt.

Robert Brandt et **Hélène Goldhammer.** ***Anticorps contre hormones lipoïdiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 51, 19 Décembre 1936, p. 1875-1877). — L'antihormone de l'hormone gonadotropique découverte par Collip et ses collaborateurs, confirmée par B. et G., n'est pas identique aux anticorps fixateurs du complément décrits par H. Ehrlich. Néanmoins elle est spécifique. D'autre part, on ne peut faire apparaître d'anticorps par injection de lipoïde pur. Pour obtenir un résultat il faut mélanger le lipoïde avec un vecteur, de préférence avec du sérum de porc. Enfin, les différences sérologiques qui existent entre les lipoïdes ne sont pas aussi frappantes que celles qui existent entre les protéines d'animaux divers. De même que les antigènes de Forssman, des lipoïdes d'origines très variées peuvent avoir des réactions analogues.

Le traitement de lapins par des préparations de testicules (Proviron) ou d'ovaires (Progynon) a fait apparaître des réactions sérologiques nettes au bout de la 8ᵉ injection. Au bout de la 20ᵉ, c'est-à-dire après un total de 80 unités coq d'hormone mâle et 130.000 unités souris d'hormone femelle, les résultats obtenus ne s'étaient pas beaucoup accentués : avec une demi-goutte ou une goutte de l'antigène considéré on obtenait alors une inhibition complète, tandis qu'avant le traitement il fallait V gouttes pour obtenir ce même effet. Chez les animaux traités par l'hormone sans adjonction de sérum de porc les réactions sérologiques obtenues ont été encore moins marquées.

Au point de vue spécifique on a constaté que cette réaction se manifestait non seulement à l'égard des hormones utilisées, mais encore à l'égard des stérines d'origines diverses (cholestérine du commerce, cholestérine préparée à partir du placenta, ergostérine, phytostérine du froment, etc.). De plus, ces antisérums ont réagi pratiquement de la même façon à l'égard de chacune des deux hormones sexuelles.

En somme, les hormones lipoïdiques ont un pouvoir antigénique analogue à celui des autres lipoïdes et donnent lieu à des réactions de groupes.

En dehors de cette action fixatrice du complément, il y avait lieu d'étudier aussi le pouvoir proprement antihormonal des sérums recueillis chez des animaux traités par les hormones sexuelles. Les résultats ont été négatifs. Le pouvoir de fixation du complément ne s'accompagne pas d'activité antihormonale.

P.-E. Morhardt.

Wilhelm Rüther. ***La question de l'agranulocytose après pyramidon*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 51, 19 Décembre 1936, p. 1881-1883). — Tandis que certains auteurs ont déclaré ne pas avoir eu l'occasion d'observer d'agranulocytose après traitement au pyramidon, d'autres, au contraire, surtout Américains, Scandinaves ou Hollandais, en ont observé un nombre assez élevé. Plus récemment, au Congrès de médecine interne de Wiesbaden, W.-T. Zontscheff, H.-E. Bock, Niekau, ont signalé un total de 5 cas auxquels R. en ajoute 3. Dans le premier il s'agit d'un homme de 58 ans présentant des douleurs articulaires, traité, entre autres, par l'administration de 1 gr. de pyramidon deux fois par jour pendant 22 jours. Sous l'influence de ce médicament, les symptômes de rhumatisme régressent, mais il apparaît des troubles de la déglutition et une angine nécrotique. La numération des globules blancs — qui avait donné des chiffres normaux lors d'une première prise de sang avant le début du traitement — donne 1.600 leucocytes dont 91 pour 100 de lymphocytes, 7 pour 100 de polynucléaires et 2 pour 100 de monocytes.

L'état s'aggrave rapidement, sans que la cessation du médicament ni la transfusion du sang arrivent à sauver le malade.

Dans un second cas, l'examen du sang n'a pas été fait avant le traitement, mais l'angine et l'agranulocytose qui apparaissent au cours du traitement semblent bien devoir être rattachées au pyramidon. De fortes doses de foie et de vitamine C (cébion) ont d'ailleurs réussi à sauver le malade.

Le troisième malade fut également atteint d'agranulocytose et d'angine pendant une cure au moyen d'un médicament contenant du pyramidon; le traitement ne permit pas de sauver le malade et le pyramidon paraît être bien en cause.

R. remarque au sujet de ces observations que le pyramidon donne, d'une façon générale, des résultats satisfaisants et que les accidents n'arrivent que dans une proportion infime des cas. Bien souvent il a été possible de donner, en quelques semaines, 50 ou 100 gr. de pyramidon sans déterminer aucun symptôme et les malades qui ont présenté de l'agranulocytose n'avaient pris, en somme, que des doses relativement faibles de médicament. En tout cas, dans l'angine, on ne doit donner du pyramidon qu'après numération des globules blancs, et au cours d'un traitement prolongé au pyramidon il est nécessaire de procéder à des examens répétés du sang.

P.-E. Morhardt.

P. Vogt-Möller. ***Le traitement de l'avortement habituel par l'huile de germe de blé (Vitamine E)*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 51, 19 Décembre 1936, p. 1883-1884). — V. a, depuis 1931, fait plusieurs communications sur le traitement de l'avortement habituel par l'huile de germe de blé et depuis sa dernière communication (1933), il a eu l'occasion d'observer 52 femmes ayant

avorté deux fois ou davantage, mais dont aucune n'avait accouché à terme. Le médicament utilisé a été une préparation danoise d'huile de germe de blé à la dose de 1 gr. trois fois par jour.

A la suite de ce traitement, sur ces 52 femmes, il y en eut 38 qui accouchèrent d'enfant à terme. Sur ce nombre d'accouchements à terme il en est 9 concernant un groupe de 13 femmes qui avaient avorté cinq fois ou davantage; 12 concernant un groupe de 16 femmes ayant avorté quatre fois; 9 concernant un groupe de 14 femmes ayant avorté trois fois et 8 concernant un groupe de 9 femmes ayant avorté deux fois. En somme, le traitement paraît avoir eu des résultats satisfaisants dans 75 pour 100 des cas.

Le mode d'action du médicament n'est pas élucidé.

Il est difficile d'admettre que ces femmes aient consommé un régime vraiment pauvre en vitamine E qui est très répandue et assez résistante. Peut-être s'agit-il d'un trouble de la résorption ou de l'assimilation. D'autre part, on sait que la carence de vitamine E détermine, chez les mâles, une dégénérescence parfois irréversible des spermatogonies et, chez les femelles, une résorption de l'œuf, phénomènes qui ne s'observent plus dès que la ration de vitamine E redevient normale. Cette vitamine qui serait voisine des triterpènes serait nécessaire pour que le corps jaune se forme. On doit noter également que dans certains cas d'avortement habituel on a constaté de l'hypocholestérinémie.

P.-E. Morhardt.

W. Schoeller, M. Dohrn et W. Holweg. ***La supériorité, par rapport à l'hormone mâle, de l'hormone féminine dans son action sur les hypophyses de castrats mâles et femelles*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 52, 26 Décembre 1936, p. 1907-1908). — Les expériences de S. et de ses collaborateurs ont porté sur des rats mâles et femelles soumis à la castration et traités à partir de cette opération par l'administration d'hormone sexuelle dissoute dans l'huile. Au bout de 15 jours, on a comparé la structure histologique des hypophyses de ces animaux avec celle d'animaux témoins. Ces expériences ont montré que, pour empêcher l'apparition, dans le lobe antérieur de l'hypophyse, des cellules de la castration, il faut, chez les mâles adultes, 0,15 γ de benzoate d'œstradiol, 150 γ de propionate de testostéron, 300 γ de propionate de testotéron, 300 γ de testorène et 200 γ d'androstéron. Il faut admettre que les hormones de la gonade mâle diminuent la sécrétion gonadotrope du lobe antérieur, seulement quand elles sont en proportions qui dépassent les doses physiologiques. Au contraire, une dose déjà physiologique d'hormone folliculaire doit être capable d'inhiber l'action folliculotrope du lobe antérieur afin de permettre à la phase lutéinique de se déclancher.

Pratiquement, cette action de l'hormone féminine sur le lobe antérieur de l'hypophyse mâle doit pouvoir être utilisée notamment dans les troubles séniles de l'homme comme dans ceux de la femme. Divers expérimentateurs ont d'ailleurs montré que l'hormone folliculaire provoque une hypérémie du cerveau et agit favorablement sur les testicules atrophiés de rats.

P.-E. Morhardt.

Carlo Cattaneo et G. Scoz. ***Les enzymes des épanchements pleuraux*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 52, 26 Décembre 1936, p. 1911-1914). — C. et S. se sont livrés à des recherches systématiques sur les enzymes des épanchements pleuraux, pleurite séreuse de parapneumothorax et empyème du pneumothorax tuberculeux. Ces épanchements ont été examinés après avoir été soumis à divers traitements (centrifugation, dessiccation, traitement par l'eau, etc.).

L'amylase a été cherchée d'après la méthode de Pringsheim et Gorodinsky et on a trouvé des chiffres qui ont varié, suivant le traitement auquel l'épanchement avait été soumis, de 4,5 à 14,5.

La lipase a été recherchée en faisant agir l'épanchement sur la tributyrine et sur la trioléine d'après la méthode de Willstaetter. Dans le pus tuberculeux, on a trouvé de la lipase activée par le calcium et par l'albumine, surtout quand elle provient d'épanchement préalablement traité par l'eau; son activité est diminuée par la quinine à 1/2.000 et augmentée par la quinine à 1/20.000. Dans les épanchements séreux, on a trouvé une estérase analogue à la lipase du pus.

En ce qui concerne les phosphates, on a constaté que leur pH optimum est égal à 5 et qu'ils ne sont pas toujours influencés par le magnésium.

En ce qui concerne la protéase, il a été trouvé dans le pus tuberculeux des ferments cathepiques (pH 4,1) et des ferments tryptiques (pH 8,9). Par contre, dans le liquide séreux on n'a pas rencontré de protéase.

Des substances réductrices recherchées par les méthodes de Euler et Martius ont été décelées dans les épanchements séreux à une dose correspondant à 1/2 milligr. d'acide ascorbique pour 100 cmc. Dans le pus, cette proportion s'élève à 2 milligr.

P.-E. Morhardt.

Erich von Baeyer. ***Agranulocytose médicamenteuse*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **15**, n° 52, 26 Décembre 1936, p. 1914-1917). — B. donne l'observation d'une femme de 27 ans qui, à 18 ans, a présenté une suppuration d'un ganglion axillaire, affection pendant laquelle on lui a donné du pyramidon pendant près de 7 semaines à des doses qui n'ont pu être précisées. A 26 ans, elle fut traitée pour des douleurs dans le ventre par des suppositoires contenant du pyramidon. Une heure après l'administration du premier, elle ressentit un frisson, puis il survint de la fièvre et des vomissements de sang. Un second suppositoire du même genre eut les mêmes effets. A l'hôpital on procéda à un examen du sang et on trouva 5 millions d'érythrocytes, 1.400 leucocytes dont 7 pour 100 de polynucléaires, 9 pour 100 d'éosinophiles et 80 pour 100 de lymphocytes. Le médicament fut cessé et, quelques jours plus tard, les leucocytes étaient remontés à 6.300. Au bout de quelques semaines, la femme entra de nouveau à l'hôpital pour une crise analogue (frisson, fièvre, hémorragie gastrique) survenue après usage d'un suppositoire contenant du pyramidon. Les leucocytes s'élèvent alors, chez elle, au nombre de 3.200, puis, 8 jours plus tard, de 9.200 et, 15 jours plus tard, de 10.000. Ultérieurement, d'autres médicaments contenant du pyramidon furent pris et provoquèrent des symptômes identiques. Enfin, 8 mois plus tard, la malade présenta brusquement dans la rue, sans d'ailleurs avoir pris aucun médicament, un frisson accompagné d'épistaxis incoercible et de fièvre. L'examen du sang (1.000 leucocytes, dont quelques rares polynucléaires) fit faire le diagnostic d'agranulocytose. A l'examen, on ne constata rien d'anormal en dehors de l'état du sang. On décida alors de procéder, chez cette femme, à une expérience qui a consisté à lui administrer 25 centigr. de pyramidon à jeun. Au bout de 30 minutes on ne trouva, dans le sang, qu'un neutrophile sur 100 leucocytes et il apparut en même temps de la pâleur, de la lassitude, du lumbago, des douleurs lombaires, des nausées, un léger épistaxis, un frisson et de la cyanose périphérique. En même temps, l'amplitude de la pression sanguine diminua et la température monta. L'agranulocytose constatée persista pendant 4 heures. Le taux minimum des leucocytes qui fut constaté au cours de cette crise a été de 270 globules par millimètre cube. Ultérieurement l'examen du sang montra l'existence de 5.000 leucocytes dont 57 pour 100 de neutrophiles. Depuis lors, cette malade a présenté une nouvelle crise du même genre à la suite d'une extraction dentaire, mais se trouve autrement en bonne santé.

Selon B., il s'agit là d'une anomalie constitutionnelle assez rare pour qu'on n'arrive pas à la mettre en évidence par des recherches en série. Il semble que, dans cette observation, il se soit agi d'une sensibilisation, phénomène qui aurait été observé dans beaucoup d'autres cas semblables où la réaction est apparue brusquement alors que le pyramidon avait été supporté antérieurement sans inconvénient. Il semble d'ailleurs que le médicament ait des effets assez remarquablement spécifiques. Néanmoins, le noyau benzol n'est pas, comme on l'a prétendu, particulièrement nocif, puisque d'autres médicaments dans lesquels ce noyau figure n'ont pas eu la même influence. L'existence d'une sensibilisation est mise également en évidence par le fait que des doses faibles de médicaments se montrent capables de déclancher la crise qui se rapproche de la crise hémoclasique de Widal.

Il y a également lieu de noter que le syndrome est assez indépendant de la nature de la substance. On l'a effectivement observé après administration, non seulement de pyramidon, mais aussi de néosalvarsan, de bismuth et d'or. La recherche des anticorps n'a pas donné à B. de résultat positif.

Pour expliquer la disparition si rapide des leucocytes, on doit admettre que ces cellules s'emmagasinent brusquement dans le foie et dans la rate ou encore qu'elles sont détruites. Cette dernière hypothèse acquiert une certaine vraisemblance du fait que l'acide urique du sang et de l'urine a sensiblement augmenté chez la malade de B. à la suite de la crise provoquée. Il s'agirait donc d'un phénomène de leucoclasie périphérique.

D'autres recherches ont été opérées chez un malade à qui B. a administré, par voie intraveineuse, le sel sodé d'une combinaison sulfonée du pyramidon (mélubrine). Ce médicament a déterminé en 6 heures une élévation de la température, en même temps qu'une diminution légère des leucocytes avec augmentation relative des neutrophiles.

Enfin, il y a lieu de remarquer que, chez la malade qui fait l'objet de l'observation principale de ce travail, une crise d'agranulocytose serait survenue après extraction dentaire, phénomène déjà observé à plusieurs reprises et rattaché à l'irritation d'un foyer infectieux. En somme des syndromes de ce genre exigent la coïncidence d'une disposition constitutionnelle, peut-être d'une insuffisance de la moelle osseuse et de facteurs de sensibilisation à l'égard du médicament. En tant que cause de ce syndrome, le pyramidon doit être placé sur le même pied que beaucoup d'autres substances ayant une action analogue et il n'y a pas lieu d'incriminer une particularité de la structure chimique du pyramidon.

P.-E. Morhardt.

H. Beumer et W. Wepler. ***La maladie de la cystine du premier âge*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 1, 2 Janvier 1937, p. 8-10). — Les auteurs donnent l'observation d'un nourrisson qui pesait 3.750 gr. à la naissance, qui se portait bien au 2e mois et qui, au 10e mois, malgré une alimentation exclusivement au sein, présentait des signes d'atrophie très sévère: poids, 5.100 gr.; taille, 63 cm.; fontanelle enfoncée; scybales dures, palpables dans le ventre; foie et rate palpables au-dessous du rebord costal; albumine, sucre, cylindres et leucocytes dans l'urine, etc. Les symptômes les plus marqués étaient constitués par une anorexie invincible et par des poussées de fièvre inexpliquées. L'enfant mourut à l'âge de 18 mois, pesant 5.000 grammes et mesurant 67 cm.

L'autopsie confirme l'existence d'une affection rénale et on trouve dans tous les viscères un semis de masses grisâtres, tantôt de teinte claire, tantôt

brunâtres, insoluble dans l'alcool, l'eau et l'éther et soluble dans l'ammoniaque et dans l'acide chlorhydrique dilué. L'examen chimique confirme qu'il s'agit de cystine.

Les lésions histologiques les plus marquées sont constatées dans les reins (augmentation du tissu conjonctif interstitiel et atrophie importante des canaux) qui présentent d'ailleurs un retard manifeste du développement: les glomérules correspondent à ceux d'un nourrisson de 2 ou 3 mois. Les cristaux de cystine se rencontrent surtout dans le tissu interstitiel le long des vaisseaux, parfois même à l'intérieur des cellules, et notamment des gros phagocytes de la pulpe splénique.

Les constatations faites sont très semblables à celles de Kaufmann-Abderhalden et de Lignac sur des cas analogues. Les signes principaux de cette maladie sont donc l'atrophie, l'inhibition de la croissance, l'anorexie, les vomissements, la soif, la fièvre, l'albuminurie et la glycosurie. Cette affection est également assez semblable à celle qui a été décrite par Fanconi sous le nom de nanisme néphrético-glycosurique avec rachitisme hypophosphatémique.

A propos de la cystine, B. et W. font remarquer qu'il s'agit là d'un acide aminé contenant du soufre, dont l'organisme ne fait normalement pas la synthèse et dont la suppression entraîne un arrêt de la croissance. A côté de la cystine on connaît d'ailleurs un autre acide aminé soufré, la méthionine, qui est très abondamment représenté notamment dans la caséine et qui aurait une importance physiologique encore plus grande que celle de la cystine. On sait également que l'administration de cystéine (contenant un groupe SH) est suivie de l'élimination d'un excès de cystine (contenant un groupe S-S). Dans ces conditions, il y aurait lieu d'admettre que l'anomalie du métabolisme qui caractérise la cystinurie survient au moment de la transformation par oxydation de la cystéine en cystine, phénomène qui se fait vraisemblablement dans les reins. Dans l'observation de B. et W., les reins étaient d'ailleurs manifestement le point central de la maladie. La cystine non utilisée aurait une action toxique sur les reins qui se trouveraient ainsi devenir le siège d'une néphrite interstitielle et le dépôt de cystine serait conséquence d'une rétention anormale de ce corps analogue à ce qui s'observe, pour l'acide urique, dans la sclérose uratique des reins. Ces lésions rénales seraient, beaucoup plus que le trouble résultant des échanges intermédiaires, cause des autres symptômes observés chez l'enfant et notamment du nanisme.

P.-E. Morhardt.

G. Schlomka et **J. W. Sopp.** ***Recherches sur le type électrocardiographique de malades atteints de tuberculose pulmonaire*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 2, 9 Janvier 1937, p. 47-52). — Pour savoir dans quelle mesure le retentissement de lésions pulmonaires sur le cœur peut être mis en évidence par l'électrocardiogramme, S. et S. ont procédé à de longues recherches, impossibles à résumer ici en détail, sur 154 tuberculeux. Tout d'abord ils ont cherché à déterminer le type des oscillations coïncidant avec le début de la contraction du ventricule. Pour cela, ils ont utilisé une formule dans laquelle intervient l'amplitude des ondes en question. D'une façon générale ces malades présentent une certaine prépondérance du cœur droit. Cette prépondérance est indépendante des facteurs hémodynamiques de la grande circulation, ainsi que du siège des lésions. Par contre, les lésions emphysémateuses concomitantes auraient une influence importante sur le degré de la prépondérance.

De même, la prépondérance droite est influencée par la nature du processus spécifique et surtout par son extension. Le degré de l'activité des lésions aurait une tendance à entraîner une prépondérance gauche. Mais l'action mécanique des altérations spécifiques un peu étendues, capables de gêner la petite circulation, détermine une prépondérance droite. On ne saurait, d'ailleurs, expliquer pourquoi les courants cardiaques présentent une prépondérance gauche sous l'influence d'une action toxique générale. Néanmoins, dans leur ensemble, les constatations ainsi faites montrent qu'on arrive jusqu'à un certain point à tirer de l'électrocardiogramme des déductions pratiques sur le surmenage dont le cœur droit peut être le siège.

P.-E. Morhardt.

DER CHIRURG
(Berlin)

Hans Musgnug (Heidelberg). ***La transfusion sanguine, procédé thérapeutique des insuffisances rénales chirurgicales*** (*Der Chirurg*, t. **8**, n° 23, 1er Décembre 1936, p. 924 à 928). — L'apport de sang frais dans la circulation retarde l'évolution des accidents urémiques chez le chien néphrectomisé; ce premier point résulte des expériences antérieures de l'auteur. L'apport des globules rouges intervient vraisemblablement dans la destruction des produits azotés toxiques.

Passant de l'expérimentation à la clinique, M. fait pratiquer la transfusion dans 200 cas d'insuffisance rénale, que celle-ci soit infectieuse ou spasmodique. Il vérifie l'action de cette thérapeutique par l'épreuve de Volhard, et par le dosage de l'azote sanguin résiduel. Ses résultats cliniques sont appréciables, parfois au bout de quelques heures, et surtout vers le premier ou deuxième jour; beaucoup sont assez impressionnants.

La quantité de sang injectée ne dépasse pas 300 cmc, et les accidents que l'on pourrait craindre, notamment l'apparition d'une néphrite hémorragique signalée par certains auteurs, n'ont jamais été observés dans les 200 observations de M.

J.-Ch. Bloch.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

L. B. Ellis et **F. W. Haynes.** ***L'hypotension orthostatique. Sa fréquence dans les affections du système nerveux central*** (*Archives of internal Medicine*, t. **58**, n° 5, Novembre 1936, p. 773-799). — Normalement la pression sanguine chez l'homme se maintient relativement stable malgré les variations importantes de la posture du corps. Mais on constate parfois un défaut de cette adaptation de la pression à la posture, se traduisant par un syndrome d' « hypotension de posture » qui peut gêner considérablement les patients. Il se manifeste par une chute immédiate persistante et marquée de la pression systolique quand le patient se lève et par une baisse analogue, mais parfois plus petite, de la pression diastolique, fréquemment accompagnée de vertige et de lipothymie. Souvent il existe une anhidrose partielle ou complète. Souvent aussi le rythme cardiaque ne se modifie pas ou ne s'accroît pas quand le sujet se lève.

E. et H. relatent 6 cas de ce genre dont ils ont tenté d'éclaircir la pathogénie. Chez 4 patients existaient des signes évidents d'affection nerveuse : tabes, syringomyélie, hématomyélie, et chez un autre des symptômes d'atteinte du système nerveux central.

Ils ont étudié la dynamique circulatoire et constaté qu'il ne se produisait pas de modification importante du débit cardiaque quand le sujet passe à la position verticale. Ils ont étudié également l'effet de l'atropine, de la pilocarpine, de l'adrénaline, de l'ergotamine et de l'éphédrine. Ce fut cette dernière qui se montra la plus efficace pour soulager les troubles. L'application d'un bandage serré autour des jambes ou de l'abdomen réduisit l'hypotension orthostatique et fit diminuer les vertiges chez certains patients.

E. et H. ont étudié les effets du changement d'attitude sur la pression artérielle dans diverses affections nerveuses du système nerveux central. 10 tabétiques sur 17 examinés présentèrent une réponse anormale.

Ils discutent le mécanisme et la pathogénie de l'hypotension orthostatique. Elle résulte d'une absence du réflexe vasomoteur sympathique normal qui déclenche de la vasoconstriction quand le sujet passe à l'orthostatisme. Le centre qui contrôle ce réflexe siège dans le cerveau, et non dans la moelle. La perturbation du réflexe normal de posture étant étendue, ainsi que le montrent les observations de E. et H., le siège de la lésion se trouve soit dans un centre sympathique, soit au niveau d'une voie afférente contrôlant la réponse dans sa totalité, ou bien elle est généralisée, atteignant les voies afférentes ou les terminaisons nerveuses. Il est probable qu'il existe de multiples causes provocatrices, mais il faut retenir que beaucoup de cas d'hypotension orthostatique sont associés à une affection du système nerveux central.

P.-L. Marie.

W. Goldring et **I. Graef.** ***Sept cas, dont trois mortels, de néphrose avec urémie consécutifs à des transfusions sanguines de sang incompatible*** (*Archives of internal Medicine*, t. **58**, n° 5, Novembre 1936, p. 825-845). — G. et G. relatent 7 observations de malades qui présentèrent de graves accidents d'hémolyse à la suite d'une transfusion faite avec un sang incompatible. Trois patients succombèrent.

Les accidents se caractérisèrent par une oligurie ou une anurie dans les cas les plus graves, à début brutal, par de l'hémoglobinurie et par le développement graduel d'une insuffisance rénale avec urémie.

Chez trois patients une détermination erronée du groupe sanguin explique les accidents; chez 2 autres on ne put refaire l'examen du sang, ce qui laisse des doutes sur la classification; enfin chez les 2 derniers un nouvel examen montra que les sangs du donneur et du receveur appartenaient au même groupe. La réaction d'hémolyse était donc impossible à prévoir chez ces 2 sujets et, dans l'état actuel de nos connaissances sur l'identification des groupes sanguins, il n'était pas possible de l'éviter.

Les constatations nécropsiques faites dans deux des trois cas mortels ont révélé un processus de nécrose frappant les tubes urinifères, semblable à celui qu'on rencontre dans la néphrite mercurielle. Des cylindres de pigment hématique obstruaient la lumière des tubes et un gros œdème interstitiel augmentait le volume des reins. Chez un sujet existait une nécrose lobulaire centrale du foie.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago)

H. Necheles, M. Maskin, S. Strauss, A.-A. Strauss et **E. Taft** (Chicago). ***Les effets des extraits de lobe postérieur d'hypophyse sur la motilité gastro-intestinale*** (*Archives of Surgery*, vol. **33**, n° 5, Novembre 1936, p. 780-791). — Les essais des injections de lobe postérieur d'hypophyse ont été faits sur des sujets humains et, par expérimentation, sur le chien.

Chez 9 malades qui présentaient une fistule intestinale située sur l'iléon ou le côlon, l'expérimentation fut faite à l'aide de l'introduction de ballons enregistreurs dans différents segments de l'intestin. Chez un 10e sujet normal on se servit d'un ballon enregistreur introduit dans l'estomac.

Les conclusions sont les suivantes : dans la grande


PRÉPARATION EXTEMPORANÉE
DE SOLUTIONS BACTÉRICIDES
RESPECTANT LES TISSUS
PANSEMENT SEC ANTISEPTIQUE
PRÉVENTIF DES ESCARRES
PRÉCIEUX EN DERMATOLOGIE
Clonazone
Daufresne
COMPRIMÉS
DOSE PAR LITRE D'EAU
Calcazone
Modèle
Hôpitaux
500 Comprimés
PRIX: 27 Fr.50
STÉRILISATION
INSTANTANÉE
DE L'EAU DE TABLE
HYDRO
CLONAZONE
Boîte Poudreuse
PRIX : 5 Frs.
100 Comprimés
Pour 100 litres d'eau
PRIX : 6 Frs.
60 Comprimés
PRIX: 10 Frs.
20 Comprimés
PRIX: 3 Fr.80
PANSEMENT PLASTIQUE
DES PLAIES, BRULURES
PIQURES, GERÇURES ETC.
Stéramine
crème antiseptique à la
CLONAZONE
Le Tube PRIX : 5 Frs.

majorité des cas (8 sur 9), l'injection fut suivie d'augmentation du tonus gastro-intestinal et de l'amplitude et de la hauteur des contractions; dans certains cas sont survenues des contractions particulièrement violentes avec tétanisation de l'intestin, coliques et défécation.

On peut en conclure qu'il faut administrer avec précaution cette médication hypophysaire chez les sujets qui présentent des lésions du tractus gastro-intestinal.

L'expérimentation chez le chien fut beaucoup moins nette. Chez le chien non endormi on obtint seulement une fois sur trois une réponse positive. Chez le chien anesthésié la proportion fut à peu près la même.

Il est difficile d'expliquer cette différence qui existe entre l'homme et le chien, et vraisemblablement elle s'explique par la différence d'espèces et par les modifications pathologiques pré-existantes.

F. d'Allaines.

Roy D. Mac Clure (Detroit). ***Accidents d'insuffisance parathyroïdienne secondaires à l'ablation d'un adénome parathyroïdien. Inefficacité du traitement par l'extrait parathyroïdien*** (*Archives of Surgery*, vol. **33**, n° 5, Novembre 1936, p. 808-824). — Chez une femme de 51 ans on fait le diagnostic d'adénome parathyroïdien sur la constatation de fractures pathologiques et d'ostéite fibro-kystique. L'opération permet de trouver, du côté droit, une tumeur appendue au lobe inférieur du corps thyroïde et paraissant une tumeur parathyroïdienne. Pour l'enlever plus largement, on pratique une ablation du lobe droit du corps thyroïde; du côté gauche, on enlève la face postérieure du corps thyroïde, de manière à enlever aussi la région parathyroïdienne. Après cette ablation étendue on voit se développer des accidents d'hypoparathyroïdie, caractérisés avant tout par la tétanie. Ces accidents sont d'abord jugulés par un traitement constituant en sels de calcium, viostérol, extrait parathyroïdien, mais malgré la continuation du traitement les accidents réapparaissent périodiquement et s'accompagnent d'une baisse importante de la calcémie qui, de 12 milligr., passe finalement à 5 milligr.; finalement, au bout de 2 mois 1/2, il apparaît des troubles digestifs constitués avant tout par des vomissements et suivis de symptômes graves qui amènent la mort environ 3 mois après l'opération. Il faut noter, en outre, qu'il y a eu un essai infructueux de greffe parathyroïde et que les accidents graves ont commencé à partir du début de la période de vomissements, à ce moment tous les aliments ont été rejetés et les médicaments, dont le viostérol; on a tenté, il est vrai, d'introduire la vitamine D. par les voies intramusculaires, rectales et nasales.

Les conclusions que l'on peut tirer de ce fait sont étudiées par les auteurs. Ils rappellent que sur 125 cas de parathyroïdectomies faites pour des cas analogues, on a observé 11 morts dont 10 dues certainement à insuffisance parathyroïdienne. Il est certain que dans l'observation qu'ils rapportent, l'ablation des parathyroïdes a été excessive et les auteurs reconnaissent qu'il ne faut pas réséquer d'un coup les deux lobes postérieurs du corps thyroïde, car les parathyroïdes supérieures peuvent manquer; il vaut mieux, dans ce cas, faire l'opération en plusieurs temps.

Le second point intéressant est l'échec du traitement et en particulier l'échec de la thérapeutique par les extraits parathyroïdiens. Il faut noter que cet échec n'est survenu que lors de l'apparition des vomissements et les auteurs pensent que l'impossibilité d'alimenter le malade et l'impossibilité de faire ingérer la vitamine D a joué un rôle important dans l'échec du traitement. Il semble, en définitive, que l'absence de vitamine D dans l'organisme rende inefficace l'extrait parathyroïdien.

F. d'Allaines.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

D. L. Sexton. ***Traitement du développement sexuel insuffisant chez l'homme par l'hormone antéhypophysaire existant dans l'urine gravidique*** (*Endocrinology*, t. **20**, n° 6, Novembre 1936, p. 781-794). — Depuis 5 ans, S. a traité par les injections de l'hormone semblable à l'hormone antéhypophysaire présente dans l'urine gravidique 18 garçons dont les testicules n'étaient pas nettement perceptibles dans le scrotum. Chez 6 d'entre eux, il existait en outre une hernie. 3 avaient été opérés antérieurement et les mauvais résultats chirurgicaux ne permettaient pas d'augurer une heureuse issue du traitement par l'hormone. Parmi les 15 sujets restants la descente complète des testicules se produisit 10 fois et une descente incomplète (rétraction intermittente dans le canal inguinal) chez 2 patients.

S. émet l'idée que dans ces cas où l'on ne perçoit pas de tissu testiculaire au niveau du tractus génital, il n'existe pas nécessairement de cryptorchidisme véritable. Il peut y avoir alors du tissu testiculaire rudimentaire qu'il n'est pas possible de différencier des autres tissus mous. D'ordinaire un traitement totalisant 4.800 unités R administrées en 8 semaines est suffisant pour savoir si l'on doit attendre ou non de bons résultats.

Les garçons présentant une obésité du type pituitaire répondirent au traitement plus favorablement que ceux du type eunuchoïde. Le traitement des états d'hypodéveloppement sexuel chez les sujets à testicules descendus fut moins efficace que celui des arrêts de descente des testicules.

S. établit que cliniquement le retard de la descente des testicules entraîne des anomalies des proportions physiques, se manifestant surtout par un développement excessif des os longs.

S. recommande le traitement chirurgical dans tous les cas compliqués de hernie et dans ceux où a échoué l'hormonothérapie.

P.-L. Marie.

JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE
(Chicago)

G. Shwartzman. ***Le phénomène de la réactivité cutanée locale aux filtrats bactériens; effet des filtrats bactériens injectés par voie vasculaire sur les réactions au complexe antigène-anticorps*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **64**, n° 4, Octobre 1936, p. 503-529). — S. a antérieurement établi que des tissus préparés avec des bactéries ou leurs produits solubles subissent des altérations graves quand on fait agir dessus les principes toxiques résultant de l'interaction intravasculaire entre les antigènes constitués par des protéines animales (sérum de cheval, blanc d'œuf) et des anticorps homologues. Pour produire le phénomène de réactivité locale aux filtrats bactériens, l'injection préparatoire de ces filtrats était faite dans les tissus tandis que l'injection déclenchante (antigène-anticorps) était pratiquée dans les vaisseaux. S. a vu depuis que les filtrats bactériens peuvent également réaliser l'effet préparatoire nécessaire quand ils sont injectés dans les vaisseaux, pourvu que l'on localise l'action des facteurs préparatoires provenant de la circulation au moyen d'un agent accessoire (chaleur, injection d'extrait testiculaire, etc.).

Dans ce travail, S. a eu pour but de déterminer: 1° si l'interaction intravasculaire de l'antigène (sérum de cheval) injecté localement avec des anticorps acquis activement est capable de réaliser l'état de réactivité aux filtrats bactériens; 2° si les filtrats bactériens injectés dans les vaisseaux sont capables de réaliser un état local de réactivité au mélange antigène-anticorps injecté dans les vaisseaux.

En s'adressant à des lapins sensibilisés par une unique injection de sérum de cheval, S. a obtenu des lésions hémorragiques et nécrotiques intenses au niveau de l'injection intradermique quand il injectait des filtrats bactériens puissants par voie veineuse une heure avant ou 18 à 24 heures après les intradermoréactions. Le phénomène de réactivité locale de la peau aux filtrats bactériens lui a permis de titrer le pouvoir qu'ils possèdent de préparer la peau ou de déclencher les réactions cutanées. Les expériences ont montré que la capacité qu'ont les filtrats bactériens de déclencher des réactions aux endroits où on a injecté l'antigène chez les animaux sensibilisés est strictement conditionnée par le pouvoir qu'ils possèdent de préparer la peau et tout à fait indépendante de leur pouvoir provocateur. Des combinaisons d'antigènes constitués par des protéines animales avec des antisérums homologues qui sont douées d'un pouvoir provocateur, mais totalement dépourvues du pouvoir de préparer la peau, ne réussissent pas à déclencher des réactions locales au niveau des endroits injectés avec l'antigène.

Des tableaux montrent les différentes méthodes susceptibles de déclencher le phénomène de réactivité locale des tissus.

P.-L. Marie.

K. Landsteiner et **J. Jacobs.** ***Recherches sur la sensibilisation des animaux au moyen de composés chimiques simples.*** III. ***Anaphylaxie produite par l'arsénobenzol*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **64**, n° 5, Novembre 1936, p. 717-722). — L. et J. montrent d'abord que chez les cobayes, l'injection intradermique d'une solution non neutralisée d'arsénobenzol détermine la production d'une forte hypersensibilité locale. D'autre part, si l'on injecte à deux reprises 0 milligr. 15 d'arsénobenzol non neutralisé dans le derme, puis si l'on injecte par voie veineuse un mois plus tard, et trois semaines encore après, chez les animaux qui ont survécu, 10 milligr. d'arsénobenzol en solution saline neutralisée additionnée de 0 cmc.9 de sérum normal de cobaye, la moitié des animaux succombent avec le tableau typique de l'anaphylaxie, après la première ou la seconde injection intraveineuse, tandis que les témoins qui ont reçu seulement les injections intraveineuses n'ont que peu ou pas de symptômes. Mêmes résultats si, au lieu d'employer pour l'injection intraveineuse un mélange additionné de sérum normal de cobaye, on supprime ce dernier, mais en ne neutralisant pas cette fois l'arsénobenzol.

P.-L. Marie.

R. E. Shope et **T. Francis.** ***Susceptibilité des porcs au virus grippal humain*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **64**, n° 5, Novembre 1936, p. 791-802). — Elkeles a déjà indiqué la réceptivité des porcelets au virus grippal humain. Ses résultats sont confirmés par les recherches de S. et F. Les jeunes porcs inoculés par voie nasale avec un virus grippal humain ont présenté une affection mal définie, le plus souvent apyrétique, de courte durée. L'autopsie montre dans les lobes pulmonaires antérieurs des zones restreintes disséminées d'atélectasie lobulaire. La transmission en série du virus ne renforça pas sa virulence pour les porcs. La maladie ainsi déterminée ne se distingue pas cliniquement ni anatomopathologiquement de celle que cause le virus grippal porcin. La transmission du virus grippal humain de porc à porc par contact ne réussit qu'une seule fois sur 4 essais.

Les porcs inoculés par voie nasale avec un mélange de virus grippal humain et de virus porcin (*H. influenzae suis*) furent atteints d'ordinaire d'une maladie fébrile et dépressive, semblable à la grippe bénigne du porc. La pneumonie qu'on trouve à l'autopsie chez ces animaux est semblable à celle que l'on rencontre dans la grippe du porc, mais

elle est moins extensive. Chez certains animaux l'inoculation de *H. influenzae suis* échoua et la maladie produite se montra alors identique à celle que cause le virus grippal humain à lui seul.

Le virus grippal humain isolé après 5 passages chez le porc était immunologiquement identique à celui avec lequel les expériences avaient été commencées.

P.-L. Marie.

D. Melnick, G. Cowgill et E. Burack. ***Influence du régime sur la régénération des protéines du sérum.*** **I. :** ***Standardisation de la technique expérimentale*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **64**, n° 6, Décembre 1936, p. 877-896). — On sait que divers chercheurs ont étudié la régénération des protéines du sérum en soumettant des animaux à des saignées répétées suivies immédiatement de la réinjection des éléments figurés du sang en suspension dans du liquide de Locke (plasmaphérèse), ce qui réalise une soustraction de plasma. M., C. et B. adressent diverses critiques à la méthode employée par leurs prédécesseurs, leur reprochant surtout de ne pas avoir fait des plasmaphérèses quantitatives, ce qui ne permet pas d'obtenir un taux constant des protéines du sang. Or, c'est la première condition à réaliser pour étudier l'influence du régime sur la régénération des protéines du sérum.

Ils ont pu, grâce à une technique perfectionnée de la plasmaphérèse, éliminer les nombreux facteurs variables qui intervenaient dans les recherches de leurs prédécesseurs.

Ils ont vu qu'en donnant une alimentation dépourvue de protéines mais riche en calories à des chiens soumis à des plasmaphérèses au cours desquelles un quart du volume du sang de l'animal est retiré quotidiennement, il est possible de réduire la concentration des protéines du sérum jusqu'à un niveau de base (3,5 à 4,2 pour 100) et de vider l'organisme de ses réserves de ces protéines en une semaine. La semaine suivante constitue une période d'équilibre.

M., C. et B. établissent que le chien possède une réserve de matériel pour l'édification des protéines du sérum correspondant à 30 à 40 pour 100 de la quantité normalement présente dans la circulation.

Quand on donne un régime dépourvu de protéines et que l'on soumet le chien à des plasmaphérèses quantitatives maintenant constant le niveau de base des protéines du sérum, on constate que le chien est capable en une semaine de régénérer 20 à 30 pour 100 de la quantité totale de ces protéines normalement présentes dans le plasma.

Avec l'administration d'un régime favorable à la régénération des protéines du sérum il faut 4 à 5 jours avant qu'on obtienne une réponse constante et maxima au stimulus alimentaire. Durant la seconde semaine un équilibre s'établit et les chiffres trouvés alors peuvent être utilisés pour calculer le coefficient d'efficacité de la protéine alimentaire envisagée.

P.-L. Marie.

D. Melnick, G. Cowgill et E. Burack. ***Influence du régime sur la régénération des protéines du sérum.*** **II. :** ***Coefficient d'efficacité des protéines du sérum, de la lactalbumine et de la caséine; effet du catabolisme des protéines des tissus sur la formation des protéines du sérum*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **64**, n° 6, Décembre 1936, p. 897-920). — M., C. et B. ont étudié, au moyen de la plasmaphérèse quantitative, les effets de protéines introduites isolément dans une alimentation synthétique artificielle quant à leur valeur du point de vue de la reconstitution des protéines du sérum.

Ils nomment coefficient d'efficacité le rapport entre la quantité par semaine de protéine sérique soustraite par les saignées au delà de celle qui est régénérée par le chien quand il consomme le régime dépourvu de protéines, d'une part, et, d'autre part, la plus-value de protéine alimentaire, c'est-à-dire la quantité au delà de celle que réclame l'équilibre azoté. Les résultats indiquent que les protéines du sérum sont légèrement supérieures à la caséine et à la lactalbumine à l'égard de la reconstitution des protéines du sérum. Néanmoins les valeurs des coefficients respectifs sont assez voisines et ne divergent pas autant que d'autres travaux l'ont dit. M., C. et B. en concluent que, tandis que chez certains sujets les protéines alimentaires peuvent être capables de déterminer une augmentation significative de la concentration en protéines du sérum, les coefficients d'efficacité ne sont pas suffisamment différents pour faire préconiser l'administration de telle protéine de préférence à telle autre.

Ces recherches établissent également l'effet inhibiteur du régime dépourvu de protéines à l'égard de la régénération des protéines du sérum chez le chien, ainsi que le montre l'impossibilité pour le taux des protéines d'atteindre le niveau normal en dépit de la cessation des plasmaphérèses. Toutefois une période subséquente de jeûne eut pour résultat une augmentation graduelle du taux des protéines du sérum allant jusqu'à récupération du niveau normal. Cette constatation semble indiquer que les produits du catabolisme des protéines tissulaires peuvent servir à la formation de nouvelles protéines sériques.

M., C. et B. ont cherché à analyser le mécanisme inhibiteur s'opposant à la reconstitution des protéines du sérum. Ils estiment que pour résoudre le problème de l'hypoprotéinémie, il faut moins s'attacher aux facteurs alimentaires que trouver un moyen de stimuler intrinsèquement le mécanisme régénérateur des protéines sériques, lequel semble impliquer de quelque façon le pouvoir des tissus de fournir des protéines pour les besoins du plasma.

Ils émettent enfin une hypothèse rendant compte des mécanismes intervenant dans la formation des protéines sériques. Ils soulignent le rôle du catabolisme des protéines tissulaires dans cette fonction.

P.-L. Marie.

A. M. Pappenheimer. ***Effet de la diminution expérimentale de la substance rénale sur les parathyroïdes et sur le squelette*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **64**, n° 6, Décembre 1936, p. 965-980). — De nombreux faits indiquent l'existence d'une relation entre les reins et les parathyroïdes : présence d'hyperplasie parathyroïdienne dans certains cas de néphrite chronique, de lésions rénales dans la moitié des cas d'hyperthyroïdie avec ostéite fibreuse, hypertrophie des parathyroïdes dans le nanisme rénal, etc.

P. montre ici que la soustraction expérimentale (néphrectomie unilatérale et destruction d'une grande partie du rein opposé au thermocautère) entraîne régulièrement chez les jeunes rats une augmentation marquée du volume des parathyroïdes. En dépit de l'insuffisance rénale et de l'hypertrophie des parathyroïdes, les os, avec un régime alimentaire normal, ne présentèrent pas de modifications dans le sens de l'ostéite fibreuse.

Chez les rats ayant subi une résection d'un rein comportant la moitié ou le tiers de sa substance, puis une néphrectomie de l'autre côté, si l'on maintient un régime pauvre en calcium, la croissance est entravée et il se produit des lésions du squelette bien plus accusées que celles qui sont attribuables au seul déficit en calcium de l'alimentation. Le tableau réalisé ressemble étroitement à celui que l'on trouve dans le rachitisme rénal ou nanisme rénal chez l'homme.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASES (New-York)

Purcell C. Schube et Noami Raskin. ***Hémorragie cérébrale consécutive à la ponction lombaire spinale*** (*The Journal of Nervous and mental Diseases*, vol. **84**, n° 6, Décembre 1936, p. 636-659). — Les accidents graves consécutifs à la ponction lombaire, l'hémorragie cérébrale en particulier, sont exceptionnels, et ils le sont d'autant plus que la technique de cette petite intervention est pratiquée avec plus de soin.

S. et R. en rapportent toutefois un cas récent survenu chez un sujet atteint de syphilis cérébrale traité par l'impaludation. Les accidents, qui apparurent 2 heures après la ponction, se manifestèrent par une chute de la pression artérielle, de l'accélération du pouls, et une ascension thermique. Ces accidents s'atténuèrent, puis réapparurent 8 heures après, et le malade mourut avec du Cheyne-Stokes. A l'examen anatomique, tout le centre ovale gauche était détruit par un vaste foyer hémorragique, le cerveau droit était pâle et œdémateux, et il existait des petits foyers hémorragiques disséminés dans les autres parties du névraxe.

S. et R. ont retrouvé dans la littérature 14 cas d'hémorragie cérébrale consécutifs à la rachicentèse. On les observe à tous les âges et également dans les 2 sexes. Sur ces 15 cas, il s'agissait dans 8 cas de néoplasmes intracraniens. Le siège de l'hémorragie est très variable; et il ne semble exister aucun rapport entre la quantité de liquide soustrait pendant la ponction, ou la tension céphalo-rachidienne et l'hémorragie. Le moment d'apparition des accidents varie suivant les cas entre une demi-heure et 2 jours après la ponction. La mort peut être immédiate, ou au contraire ne survenir que plusieurs jours, 5 jours dans 1 cas, après le début des accidents.

S. et R. étudient le mécanisme susceptible d'expliquer l'hémorragie. Ils passent successivement en revue: 1° la rupture de la paroi vasculaire par augmentation de la pression sanguine; 2° l'altération des parois vasculaires par la syphilis et le traitement arsenical associé; 3° la diminution de la pression externe soutenant la paroi vasculaire consécutive à la pression, combinée à l'œdème et à la stase vasculaire consécutive à la vaso-dilatation. Il est probable que des facteurs multiples et variables suivant les cas s'associent pour créer ces hémorragies.

H. Schaeffer.

LA PEDIATRIA (Naples)

Nicolangelo Carrara (Milan). ***Rapports entre la rougeole et la tuberculose*** (*La Pediatria*, vol. **44**, n° 12, 1er Décembre 1936, p. 1041-1085). — Suivant les données classiques, l'association rougeole-tuberculose justifie un certain pessimisme. Cette doctrine a été combattue par certains auteurs qui attribuent à des coïncidences l'aggravation des lésions tuberculeuses consécutives à une atteinte morbilleuse. N. C., après avoir étudié 1.470 sujets âgés de 0 à 12 ans, observés à la clinique pédiatrique de Milan, aboutit à des conclusions qui sont intermédiaires entre ces deux opinions opposées.

Selon lui, la rougeole exerce, dans certains cas, une influence indubitable sur l'évolution de la tuberculose. On peut notamment observer des formes aiguës de tuberculose à la suite de la rougeole, comme à la suite — il est vrai — de beaucoup d'autres maladies infectieuses et des diverses affections débilitantes.

La rougeole est susceptible d'aggraver la tuberculose parce qu'elle produit une dysergie et parce

qu'elle se localise avec prédilection sur l'arbre respiratoire.

Les réactivations tuberculeuses, pouvant se manifester à la suite d'une rougeole, sont surtout à redouter pendant les 6 premiers mois et tout au plus pendant la première année.

Les rapports entre la tuberculose et la rougeole existent surtout chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Chez ceux-ci, des réactivations bacillaires se produisent avec une fréquence 4 fois plus grande que chez les sujets plus âgés.

Il est difficile de préciser les circonstances qui favorisent la réactivation d'une tuberculose par la rougeole. Les causes prédisposantes à ce point de vue sont toutes celles qui aggravent le pronostic de la tuberculose chez l'enfant. Les enfants, récemment infectés par le bacille de Koch, sont exposés davantage à faire une tuberculose aiguë. Les périodes préallergiques de courte durée, la persistance des risques de contamination tuberculeuse aggravent les dangers de l'association tuberculo-morbilleuse.

Par contre, la séro-prophylaxie empêche les réactivations tuberculeuses post-morbilleuses. Aussi doit-elle être systématiquement appliquée à tous les enfants présentant une imprégnation tuberculeuse, à tous ceux qui ont moins de 5 ans, et aux sujets plus âgés qui présentent une allergie secondaire.

G. Schreiber.

MITTEILUNGEN AUS DER MEDIZINISCHEN AKADEMIE ZU KIOTO (Kyoto)

M. Yagishita. ***L'iodémie chez les diabétiques*** (*Mitteilungen aus der medizinischen Akademie zu Kioto*, t. **18**, n° 3, 1936, p. 1202-1206). — Y. a déterminé la teneur du sang en iode chez 20 sujets sains et chez 34 diabétiques. Chez les sujets sains il a trouvé une iodémie de 8 γ, 6 à 10 γ, 7 pour les hommes et de 8 γ, 7 à 11 γ, 5 pour les femmes en hiver. Chez les diabétiques, les résultats se montrèrent peu concordants, tantôt supérieurs, tantôt égaux, tantôt inférieurs à la normale. Lorsque l'iodémie était peu élevée, on put déceler l'existence d'une complication tuberculeuse.

P.-L. Marie.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

A. Schüpbach. ***Le traitement hormonal de la maladie de Simmonds et des états asthéniques voisins*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **66**, n° 50, 12 Décembre 1936, p. 1245-1248). — L'insuffisance préhypophysaire ou maladie de Simmonds peut être due à des processus anatomiques progressifs, tels qu'une tumeur maligne, ou non progressifs, comme l'atrophie, l'inflammation, les lésions traumatiques. Elle peut également être due à la syphilis ou enfin être purement fonctionnelle, comme dans la maigreur du post-partum décrite par Curschmanns. L'existence de formes de ce genre paraît bien établie notamment dans certaines asthénies.

Une des observations de S. concerne une femme de 38 ans qui a commencé à être malade et à maigrir un an auparavant, et qui, actuellement, pèse 29 kilogr. pour une taille de 151 cm. Le métabolisme de base est de — 40 pour 100, la pression sanguine de 90/65, etc. La symptomatologie est exactement celle de la maladie de Simmonds et l'administration, *per os*, d'une préparation de préhypophyse (praephyson) poursuivie pendant un an, porte le poids à 44 kilogr., le métabolisme de base à — 18 pour 100 et fait reparaître les règles après une aménorrhée de près de 3 ans, etc.

Dans un second cas, il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, chez laquelle l'administration d'extraits de lobe antérieur, simultanément en injections sous-cutanées et *per os*, ainsi que d'extraits de thyroïde et d'ovaire, a donné un résultat beaucoup plus rapidement que dans l'observation précédente.

Etant donné que dans l'insuffisance du lobe antérieur de l'hypophyse les glandes surrénales et thyroïde surtout se trouvent privées d'un stimulant physiologique S. a donc eu recours, à titre adjuvant, d'abord à l'hormone des surrénales ainsi qu'aux hormones ovariennes. Chez une jeune fille de 17 ans ainsi traitée, pesant 29 kilogr. et mesurant 155 cm., le résultat a été très satisfaisant bien qu'une période de latence se soit écoulée avant que les premiers symptômes d'amélioration aient apparu, comme si l'action de l'extrait de préhypophyse exigeait un certain temps avant de manifester son effet stimulant sur les glandes réceptrices.

Dans certains états d'asthénie surtout constitutionnelle, il y a également lieu de songer à une insuffisance de la préhypophyse. S. en donne également une observation concernant une jeune fille de 21 ans présentant des périodes de fatigue, de l'aménorrhée, des troubles digestifs, un amaigrissement rapide, de l'hypotension, etc. chez laquelle on a obtenu avec la préparation de préhypophyse des résultats que n'avaient donné ni la cure d'altitude, ni les fortifiants usuels.

P.-E. Morhardt.

CHANGEMENT D'ADRESSE. — *Pour tout changement d'adresse envoyer 1 franc et la bande du journal.*

ARCHIVOS DE PEDIATRIA DEL URUGUAY (Montevideo)

Salvador E. Burghi et Alfredo U. Ramon Guerra. ***Etude de la déshydratation d'origine cellulaire chez le nourrisson*** (*Archivos de Pediatria del Uruguay*, t. **8**, n° 11, Novembre 1936, p. 563-623). — Chez le nourrisson, deux mécanismes peuvent produire la déshydratation : 1° les cellules reçoivent moins d'eau qu'elles n'en perdent ; 2° les cellules perdent leur faculté de retenir la quantité d'eau minima nécessaire à l'assimilation. Cette dernière éventualité constitue la « décomposition » de Finkelstein, dont l'*athrepsie* de Parrot n'est qu'une modalité.

Le symptôme objectif principal de la déshydratation accentuée est la diminution de l'élasticité des téguments. La perturbation du métabolisme hydrique entraîne une altération du métabolisme de tous les autres éléments.

L'incorporation de l'eau au protoplasme cellulaire s'effectue en deux étapes : la première de labilité, la seconde de stabilité. Le mécanisme régulateur du métabolisme de l'eau est fonction du système neuro-végétatif, endocrinien et hormonal ; il dépend aussi dans une certaine mesure de la maturité organique et fonctionnelle des cellules.

Il existe trois formes d'hydrolabilité : physiologique, constitutionnelle et acquise. Cette dernière, résultante de la dystrophie, est la plus fréquente. Les causes, qui mènent un nourrisson hydrolabile à la « décomposition », sont soit infectieuses, soit digestives, soit toxiques.

Les facteurs infectieux sont les plus fréquents et parmi eux une place particulière doit être attribuée à l'otite moyenne latente, qui existe toujours chez les sujets « décomposés ».

Le syndrome toxique qui se manifeste souvent au stade terminal de la décomposition est le fait de l'acidose qui peut compliquer le tableau morbide. L'infiltration œdémateuse des tissus, qui se produit en même temps, est de même nature que l'œdème d'inanition ou l'œdème cachectique.

Le diagnostic différentiel de la décomposition est à faire avec l'atrophie, avec la dyspepsie aiguë atrophiante, avec divers états infectieux qui apparaissent chez des nourrissons hydrolabiles. Le diagnostic avec le choléra infantile ou intoxication alimentaire est basé sur la constatation du syndrome acidosique qui n'appartient pas au cadre particulier de la décomposition.

Le pronostic est toujours très grave. Il est mortel chez les débiles congénitaux et chez les nourrissons de moins de 4 mois.

G. Schreiber.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DES MALADIES VÉNÉRIENNES (Paris)

Nicolau. *Lymphogranulomatose inguinale d'origine non vénérienne chez une fillette de 8 ans* (*Annales des maladies vénériennes*, t. **31**, n° 12, Décembre 1936, p. 908-914). — La maladie de Nicolas-Favre est exceptionnelle chez l'enfant. N. a constaté chez une fillette de 8 ans une adénite inguinale double fistulisée, recouverte d'un tégument rouge brun et modérément douloureuse. Cette adénite s'accompagnait d'une éruption érythémato-papulo-croûteuse sur la face et le dos des mains. Le Frei était fortement positif.

L'intégrité de l'hymen permit d'éliminer la nature vénérienne de cette lymphogranulomatose. Mais l'examen de la mère montra l'existence d'excroissances condylomateuses anales avec suintement abondant et rétrécissement rectal. Le Frei était fortement positif.

Les conditions de promiscuité et de sordidité dans lesquelles mère et fille vivaient, partageant le même lit aux draps constamment souillés par les sécrétions ano-rectales maternelles, l'utilisation en commun des objets de toilette usuels, permettent de conclure que la transmission du virus s'est faite de la mère à la fille, les lésions maternelles étant bien plus anciennes en date.

R. Burnier.

ANNALES DE MÉDECINE (Paris)

P. Emile-Weill et J. Bousser. *Leucémie et traumatisme* (*Annales de Médecine*, t. **40**, n° 3, Octobre 1936, p. 222-235). — Le problème est ardu et il faut se contenter presque uniquement de documents cliniques, la nature véritable des leucémies nous échappant encore et l'expérimentation donnant des résultats trop irréguliers. E.-W. et B., qui envisagent la leucémie myélogène et la leucémie aiguë, précisent d'abord les stades initiaux et l'évolution de ces affections. Pour la leucémie myélogène, ils insistent sur son stade latent, sur le stade fréquent de cryptoleucémie sans retentissement sanguin, que Jean Bernard a réalisé expérimentalement dans la maladie du goudron. Ce stade précède d'une durée variable la période clinique dont le début apparent est marqué par des signes polymorphes mais persistant en s'accentuant progressivement. La durée moyenne oscille entre 2 et 4 ans, la radiothérapie pouvant donner des rémissions importantes, mais sans prolonger la durée de survie des malades.

Pour l'étude des rapports de ces affections avec un traumatisme, E.-W. et B. retiennent 38 observations, dont 4 personnelles. Ils les classent en 3 groupes de faits :

1° *Leucémies révélées par un traumatisme.* Le plus souvent le traumatisme révèle la leucémie en dévoilant l'existence du symptôme clinique majeur de l'affection, la splénomégalie ; le plus souvent le traumatisme, souvent minime, a porté sur la région splénique et c'est à cette occasion que le malade est examiné et la tumeur constatée. Si le malade n'est examiné que quelques semaines ou mois après le traumatisme, il faut rechercher avec soin s'il n'y avait pas avant lui des signes de leucémie.

2° *Leucémies aggravées par un traumatisme.* — Le traumatisme peut aggraver le processus leucémique et accélérer l'évolution de la maladie, ou déterminer des accidents, notamment des hémorragies après traumatisme de la rate. A ce propos, E.-W. et B. rappellent la gravité des interventions chirurgicales chez les leucémiques.

3° *Les leucémies après traumatisme. La leucémie traumatique existe-t-elle?* — Le plus souvent il s'agit d'un traumatisme fermé important, ayant intéressé la moelle osseuse ou la rate, chez un sujet en bonne santé apparente, et il s'écoule un intervalle libre de durée variable entre l'accident et l'apparition des signes de leucémie. Dans aucun cas malheureusement on n'avait la preuve absolue de l'intégrité du sujet au moment de l'accident. Mais la relation chronologique impossible à affirmer ne peut non plus être niée.

Après un traumatisme ouvert, on a vu après une piqûre septique s'installer un état septicémique, puis une leucémie aiguë. Une leucémie lymphoïde a fait son apparition chez un sujet porteur d'une suppuration chronique d'origine traumatique. La relation de causalité n'a pas encore reçu de solution définitive.

E.-W. et B. abordent ensuite la question au *point de vue médico-légal.* Ils précisent les éléments d'appréciation dans l'expertise médico-légale : l'état antérieur, l'accident, la relation chronologique et la durée de l'intervalle libre, les caractères de la leucémie et sa variété. La conclusion médico-légale est fort délicate. En Allemagne, la relation de causalité a été admise dans des conditions bien précisées. E.-W. et B. n'ont trouvé, en France, qu'un jugement pour un cas de leucémie après traumatisme, et dans lequel le tribunal admit le rôle du traumatisme et fixa une I.P.P. de 60 pour 100. De l'avis de E.-W. et B., le médecin-légiste doit se comporter ici comme en matière de cancer ou de sarcome.

L. Rivet.

Pierre Salles. *Le problème des tumeurs mélaniques du système nerveux central* (*Annales de Médecine*, t. **40**, n° 5, Décembre 1936, p. 440-463). — S. résume d'abord l'observation de Garcin, I. Bertrand, Thévenard et Schwob, qui concerne le seul cas de tumeur mélanique primitive du système nerveux central publié en France. Il résume ensuite les observations de 2 cas de tumeurs cérébrales secondaires dont il a pu faire l'examen anatomique, et qui sont dues, l'une à Guillain et Darquier, l'autre à Clovis Vincent.

Cliniquement, seule la connaissance d'une tumeur mélanique d'un autre siège, en évolution ou antérieurement extirpée, est un argument certain contre l'hypothèse du caractère primitif de la néoplasie nerveuse. Anatomiquement, la constatation de lésions diffuses, à topographie méningée, plaide en faveur d'une tumeur primitive; par contre, des nodules tumoraux multiples, mais circonscrits et siégeant en pleine substance nerveuse, sont plutôt le fait des mélanomes secondaires. En faveur de cette dernière hypothèse plaide également l'existence de nodules tumoraux dans d'autres organes. Enfin, l'histologie est impuissante à reconnaître les tumeurs mélaniques primitives des mélanomes secondaires, et, dans ce dernier cas, à déterminer de manière précise le siège de la tumeur originelle.

L'existence des tumeurs mélaniques primitives du système nerveux central soulève des problèmes qui intéressent la pathologie générale aussi bien que la pathologie nerveuse, et ceci amène S. à envisager les hypothèses les plus récentes sur la genèse des formations pigmentaires.

L. Rivet.

Jean Bernard. *Polyglobulies et leucémies provoquées par les injections intra-médullaires de goudron (2e mémoire). De l'interprétation des désordres observés* (*Annales de Médecine*, t. **40**, n° 5, Décembre 1936, p. 486-495). — La maladie provoquée chez le rat par les injections intra-médullaires de goudron reproduit la plupart des traits essentiels des leucémies humaines : augmentation du nombre des éléments figurés, présence de cellules anormales, lésions médullaires spéciales. Les éléments anormaux sont de type blastique. Le chiffre des globules blancs dépasse souvent 100.000, celui des globules rouges 14.000.000. Un argument important en faveur de la nature leucémique de la maladie du rat est apporté par les caractères des lésions médullaires et surtout leur diffusion. Il y a cependant des différences importantes avec les leucémies humaines : tout d'abord la prolifération cellulaire porte sur les hématies comme sur les leucocytes, mais les syndromes érythro-leucémiques peuvent s'observer chez l'homme ; ensuite, l'affection du rat atteint essentiellement la moelle osseuse et le sang, mais respecte les autres viscères, exception faite de l'appareil génital femelle. On a considéré les leucémies comme de nature infectieuse, l'agent infectieux touchant essentiellement moelle et sang, avec adjonction de lésions viscérales, conséquences de l'essaimage de l'agent infectieux ; provoquée par l'action locale d'un toxique, la myélopathie du goudron serait une leucémie pure, à l'exclusion de toutes lésions viscérales contingentes.

L'étude de la myélopathie expérimentale du goudron vient à l'appui de la nature néoplasique des leucémies. S'il s'agit d'une sorte de sarcome du tissu hématopoïétique et du sang, l'agent pathogène qui provoque sa formation pourrait être soit de nature infectieuse, soit de nature toxique.

L'influence hyperplasiante du goudron sur la moelle osseuse pourrait être utilisée en thérapeutique pour réveiller l'activité de moelles osseuses sidérées dont l'aplasie est à l'origine de l'aleucie hémorragique, des agranulocytoses. Avec Codvelle, B. a essayé les injections de goudron dans la moelle sternale dans une aleucie hémorragique : on n'empêcha pas la maladie d'évoluer vers la mort, sans changement de la formule sanguine, mais on observa des modifications médullaires intéressantes, un réveil d'activité de la moelle, si bien que ce premier essai peut être considéré comme encourageant.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

J. Rachet et R. Cachera. *Les localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre* (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 27, n° 1, Janvier 1937, p. 5-23). — Ce qui frappe dans les observations publiées de maladies de Nicolas-Favre, c'est le polymorphisme des manifestations ano-rectales de la lympho-granulomatose bénigne.

Les deux aspects cliniques les plus fréquents sont : l'ano-rectite végétante et le rétrécissement du rectum ; il faut y ajouter, dans une proportion moindre, la forme ulcéreuse, l'abcès juxta-anal et même certaines fistules anales.

R. et C. voient dans la forme ulcéreuse un aspect particulièrement intéressant de la maladie, au point de vue de l'évolution. Ce serait peut-être le stade initial, la lésion d'inoculation, comme semblent le prouver plusieurs observations rapportées par R. et C. La réaction de Frei, faiblement positive à la période ulcéreuse, fut suivie d'une rectite caractéristique et, à cette période, la réaction fut fortement positive.

R. et C. se séparent donc, sur ce point, des rapporteurs au Congrès de Chirurgie, Gâtellier et Weiss,



Comprimés dosés à
0gr01 · 0gr05 · 0gr25

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

qui pensent que la lésion rectale prend son origine dans le vagin et progresse de proche en proche par péri-rectite et rectite.

Le grand nombre de malades du sexe masculin, l'aveu habituel de pratiques de sodomie passive sont en faveur de l'infection directe du rectum de dedans en dehors, par ulcération primitive, ano-rectite végétante secondaire et rétrécissement tertiaire.

Malgré ces précisions étiologiques et pathogéniques, la maladie de Nicolas-Favre à localisation ano-rectale reste grave. Le traitement médical influence peu l'évolution, et le traitement chirurgical, grave en lui-même, est le plus souvent suivi de récidive. Seul le traitement local symptomatique, sans amener la guérison, permet de supprimer des symptômes incompatibles avec une existence normale.

J. Okinczyc.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

J. Calvet. ***Valeur de l'arthrodèse du genou dans le traitement de la tumeur blanche du genou de l'enfant et de l'adolescent*** (*Journal de Chirurgie*, t. **48**, n° 5, Novembre 1936, p. 646-666). — D'après sa thèse, C. donne une revue générale de l'arthrodèse du genou tuberculeux dans l'enfance; encore ne s'agit-il que des indications et des techniques, les résultats n'étant indiqués que d'une façon générale d'après l'examen des cas encore peu nombreux ressortissant à chacune des techniques jusqu'ici employées.

Après avoir exposé les raisons d'intervenir dans l'enfance, qui ont trouvé en Vignard, au Congrès de Chirurgie de 1925, un défenseur éloquent, C. passe en revue les diverses opérations proposées et indique le moment où elles deviennent légitimes, alors qu'après une durée de 3 années environ, la lésion tuberculeuse du genou est à sa période torpide, l'enfant ayant de 8 à 14 ans.

Les résections, même intraépiphysaires, sont rejetées pour cet âge, de même que l'arthrodèse sous-articulaire antérieure de Putti, et deux seuls procédés sont admis: l'enchevillement intraépiphysaire de Richard qui convient aux cas sans lésions suppurées et n'ayant pas de tendance à la flexion, et l'arthrodèse extra-articulaire, fémoro-tibio-rotulienne de Delahaye, dont les indications sont moins restreintes puisque la tige osseuse tibiale fixatrice n'y prend pas contact avec la cavité articulaire et ses lésions.

L'enchevillement (Richard) est d'une exécution très simple; il consiste, après avoir bien repéré le niveau des cartilages de conjugaison fémoral et tibial, par l'accès donné par une simple incision, à forer un tunnel oblique traversant les deux épiphyses et à enfoncer la baguette osseuse tibiale prélevée.

L'arthrodèse fémoro-tibio-rotulienne (Delahaye) est réalisée par l'apposition, en avant du genou, d'une longue baguette tibiale incurvée dont les extrémités pointues sont enfoncées dans des entailles correspondantes faites l'une au fémur, l'autre au tibia. A sa partie moyenne, la baguette osseuse est solidarisée avec la rotule devant laquelle elle passe. Cette technique a été modifiée (Zanoli) en conservant à la baguette tibiale une extrémité adhérente autour de laquelle elle est rabattue en avant du genou; la greffe osseuse a ainsi une extrémité qui reste en contact avec son origine tibiale et, restée vivante, assure une rapidité plus grande à l'apparition des conséquences recherchées de l'intervention.

Ces arthrodèses extra-articulaires conservent des causes d'échec: pseudarthrose et non union de la baguette osseuse au niveau de ses points d'implantation; fracture en un point de son trajet; production d'un *genu recurvatum* par suite de l'accroissement du genou que ne suit pas un allongement parallèle du greffon. Ce dernier accident, sur 17 cas recueillis, ne se serait produit que deux fois.

Le nombre des cas publiés est encore faible et les difficultés d'en augmenter le nombre avec des résultats satisfaisants n'échappent pas à l'examen consciencieux de C. qui termine ainsi:

« Il ne faut pas s'attendre à obtenir dans les localisations de l'enfance ce que la résection du genou réalise constamment chez l'adulte. Les cas doivent donc être sériés avec plus d'attention, le moment de l'intervention précisé avec plus de scrupule, l'âge du malade pesé avec plus de conscience, la technique choisie avec plus de soin. Faute de cela, les efforts les plus légitimes en vue d'améliorer le pronostic de la tumeur blanche du genou risqueraient d'être submergés sous le nombre des échecs qu'une intervention mal comprise entraînerait fatalement. »

P. Grisel.

P. Porcher et **P. Aboulker.** ***La radiographie des arthrites gonococciques*** (*Journal de Chirurgie*, t. **48**, n° 6, Décembre 1936, p. 806-826). — Cette étude des radiographies, prises en série, des nombreux cas d'arthrite gonococcique traités dans le service du Dr Mondor, tire son grand intérêt des déductions ainsi permises et de l'abondance des reproductions qui font de ce mémoire un riche atlas radiographique de l'arthrite gonococcique.

Les déviations de l'image articulaire normale sont successivement étudiées.

Ecartement des surfaces avec ostéoporose des extrémités articulaires traduisant l'épanchement liquide.

Pincement de la fente articulaire dont la réalité doit d'abord être bien établie, qui est lié à l'altération du cartilage, et qui cependant, dans quelques cas, permet un retour possible des fonctions normales.

Lésions sous-chondriques: traduites par l'encoche et le copeau qui modifient le contour articulaire et qui ne se distinguent de celles de l'ostéochondrite disséquante indélébiles que par leur possibilité de régression.

Lésions de l'*ulcération compressive* des cas évolués, avec formation de dépressions, d'encoches, sur la tête fémorale en particulier.

Ostéoporose, qui peut être la seule lésion, ou seule associée à l'épanchement intra-articulaire. Cette ostéoporose diffuse est fréquente, intense, précoce.

P. et A. signalent sa localisation particulière sous forme d'une bande horizontale au lieu de la soudure métaphyso-épiphysaire; localisation dont l'explication peut être recherchée dans les conditions particulières de la vascularisation de cette région.

Calcifications péri-articulaires sous la dépendance de la diffusion calcique de l'ostéoporose. Elles infiltrent le périoste, la capsule, les ligaments, le cartilage, la synoviale et, en particulier, la zone chondro-synoviale qui se trouve ainsi épaissie, les tendons, les muscles mêmes, avec possibilité de constitution d'un ostéome musculaire.

Dans leurs conclusions, P. et A. reconnaissent qu'aucun des signes radiologiques signalés n'est spécial à l'infection articulaire gonococcique et cherchent à dégager de leur étude des caractéristiques cliniques utilisables se tenant à distance de ceux qui ont voulu décrire des lésions radiologiques pathognomoniques de l'arthrite gonococcique et de ceux qui, au contraire, leur ont refusé toute personnalité.

Les lésions que nous avons énumérées tirent, pour eux, leur caractère gonococcique de leur *rapidité d'évolution*, dont la preuve est apportée par les radiographies en série reproduites dans le mémoire.

En dehors de ce rôle identificateur relatif, les radiographies dans l'arthrite gonococcique jouent un rôle important dans l'appréciation de la gravité de l'évolution et des séquelles.

Entièrement consacré à l'étude radiologique de la période d'évolution aiguë, ce mémoire ne donne aucun renseignement sur la thérapeutique et sur les résultats obtenus.

P. Grisel.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

Prof. **Emile Sergent** et **Max Fourestier.** ***De l'utilité de certains pneumothorax entretenus sous fortes pressions pour obtenir un effet controlatéral heureux*** (*Revue de la Tuberculose*, Ve série, t. **2**, n° 9, Novembre 1936, p. 1029-1049). — Maurizio Ascoli a proposé et réalisé en 1929 le pneumothorax controlatéral primitif, pour le traitement des lésions pulmonaires tuberculeuses controlatérales par une collapsothérapie portant sur le poumon sain.

Beaucoup plus fréquemment, on peut étudier l'effet controlatéral de pneumothorax établis en cas de lésions tuberculeuses bilatérales par une collapsothérapie portant sur un seul poumon. Il s'agit alors de pneumothorax homo-contro latéraux : ici, il s'agit d'un effet controlatéral secondaire.

S. et F. précisent la physio-pathologie et le mode d'action de la collapsothérapie, tant dans son action homolatérale que dans son effet controlatéral, notamment d'après les travaux de Parodi.

Ils relatent trois observations personnelles, dont l'une très détaillée, montrant la nécessité, dans certains cas, à certains moments de la collapsothérapie, de fortes pressions positives pour avoir un effet controlatéral heureux. La troisième observation est remarquable par l'intensité de la déviation médiastinale, conséquence des fortes pressions endopleurales qu'il fut nécessaire d'établir, et grâce auxquelles on put atteindre les lésions contro-latérales ; au bout d'un certain temps, la remise en détente du pneumothorax détermina d'ailleurs une amélioration en flèche de l'état général, avec persistance et consolidation de la stabilisation des lésions controlatérales déjà obtenue. Il faut donc savoir jouer à bon escient de l'hyperpression temporaire et de la détente pour obtenir le résultat cherché.

L. Rivet.

LYON CHIRURGICAL
(Paris)

Pierre Mallet-Guy, Marc et **André Chambon** et **P. Crozat.** ***Le mucus des voies biliaires, ses variations physio-pathologiques et sa signification fonctionnelle*** (*Lyon Chirurgical*, t. **33**, n° 5, Septembre-Octobre 1936, p. 539-558). — Le mucus est d'origine fort diverse, caractérisé par son aspect visqueux et filant, son origine tirée des glandes à mucus et ses réactions colorantes histologiques : carminophilie ou métachromasie par les bleus basiques. La mucine, jugée responsable de ces propriétés, désigne les principes protidiques des mucus qui contiennent de l'acide mucoïline sulfurique.

L'étude des mucines biliaires chez l'animal et chez l'homme a eu pour conclusion que chez l'homme, que ce soit dans la bile totale, étudiée par Brauer, ou dans les sécrétions vésiculaires dissociées étudiées par Wahlgren, la mucine vraie n'a pas été isolée avec certitude.

Les auteurs, entreprenant les recherches sur les mucus, dont l'intérêt a été signalé par le prof. Leriche, les ont fait porter sur le mucus biliaire dont la récolte est soit expérimentalement, soit cliniquement aisée.

Les examens ont porté sur 21 malades et 6 chiens, chez lesquels les prélèvements se répartissent en prélèvements : exclusifs de sécrétions vésiculaires; de la totalité des voies biliaires (humaine et animale); exclusifs des sécrétions des voies biliaires principales.

Les recherches chimiques ont établi la présence, en proportions très différentes suivant les cas : de mucoïdes voisins des globulines, de la globuline, de la sérine, des pseudoglobulines et de la mucine

vraie dont le taux normal est chez l'homme de 0,2 à 0,7 pour 1.000.

Cette faible quantité de mucine existant dans les sécrétions biliaires, ses propriétés physico-chimiques tout à fait banales, ne permettent pas de lui attribuer *a priori* un rôle physiologique important.

La recherche de la carminophilie des cellules de la muqueuse vésiculaire prélevée par biopsie, et de celle du mucus vésiculaire examiné sur étalements, a donné des résultats parallèles et concordants. Elle est proportionnelle à la quantité de mucine présente et plus encore à la quantité présente de son groupe prosthétique, l'acide mucoïline sulfurique.

Les variations physio-pathologiques du taux de la mucine dans le mucus biliaire ont été étudiées : 1° dans les cas de rétention, que l'obstacle siège sur la terminaison du cholédoque ou sur le canal cystique; 2° après abouchement de la vésicule biliaire dans la cavité gastrique.

Voici les conclusions que les auteurs donnent de leurs recherches :

L'analyse des variations que l'on constate dans la sécrétion de la mucine au cours des états de rétention biliaire ne peut donner le sens exact de cette fonction; elle montre seulement que de façon transitoire, au cours des processus dégénératifs, la muqueuse biliaire passe par un *stade caliciforme* avant d'arriver au stade d'atrophie définitive.

Par contre, l'analyse des variations qu'entraîne l'abouchement des voies biliaires dans le tube digestif donne le vrai sens aux sécrétions muqueuses qui se font à son niveau; *sécrétion vestigiale*, témoin de l'origine intestinale de l'arbre vecteur de la bile, sécrétion susceptible de reviviscence lorsque les conditions embryonnaires se trouveront à nouveau réalisées, lorsque la barrière qui assure l'exclusion du système sera levée ou tournée par un abouchement direct dans le tube digestif — thèse qui trouve à l'avance une confirmation indirecte dans les résultats de culture de muqueuse vésiculaire rapportés par Erdmann.

P. Grisel.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Karl-Adolf Seggel. ***Méthémoglobinémie après intoxication par l'éthylnitrite*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **179**, n° 4, 9 Octobre 1936, p. 353-351). — Quatre ouvriers occupés dans une fabrique de produits chimiques mettaient en marche un appareil clos dans lequel se trouvait un mélange d'eau tenant en dissolution des nitrites de sodium et de l'alcool éthylique. La réaction avait déjà commencé à se produire quand l'appareil fut ouvert par mégarde, de sorte qu'il s'échappa dans l'atmosphère de l'éthylnitrite à odeur de pomme de reinette produit suivant la formule suivante :

$$2NaNO^2 + H^2SO^4 + 2C^2H^5OH = 2\,C^2H^5NO^2 + Na^2SO^4 + 2H^2O$$

Ces ouvriers purent tout juste quitter l'atelier en luttant contre une forte dyspnée. Aussitôt on s'occupa de leur faire respirer de l'oxygène et de les conduire à la clinique. Le temps de séjour dans l'atelier n'aurait pas dépassé 1 minute.

A l'arrivée, les 4 ouvriers présentaient une coloration chocolat nuancé de violet, aussi bien de la peau que des muqueuses. Leurs réponses étaient claires et compréhensibles; il n'y avait déjà plus de dyspnée et le pouls était au-dessous de 80. Chez chacun de ces malades on préleva 1 cmc de sang pour en faire l'analyse spectrale qui révéla l'existence de méthémoglobinémie. Il est vraisemblable que l'éthylnitrite après avoir pénétré dans les alvéoles pulmonaires agit sur le pigment sanguin par l'ion nitrite. Mais cette question a été jusqu'ici encore assez peu étudiée.

Pour déterminer l'intensité de l'intoxication on a eu recours, étant donné qu'on ne disposait pas des appareils exigés par les procédés usuels, à une méthode qui n'a pas encore été utilisée et qui consiste en principe à déterminer pour quelle épaisseur de sang une bande d'absorption déterminée et typique disparaît. On est ainsi arrivé à constater que la bande correspondant à 630 $\mu\mu$ disparaissait avec une couche d'une épaisseur de 10 mm. 6 chez 2 malades, de 16 mm. 6 chez un autre et de 21 mm. 6 chez le dernier. On arrive à déduire de ces chiffres que la concentration de l'hémoglobine était de 10 pour 100 dans les 2 premier cas et respectivement de 7,2 et de 6,2 pour 100 dans les derniers cas.

Le traitement a consisté en douches, frictions, injections de lobéline et oxygène.

La coloration de la peau disparut le même jour et, dans l'après-midi, on ne retrouvait plus de méthémoglobinémie dans le sang. Dans l'urine on n'a décelé de méthémoglobinémie à aucun moment. L'examen des fonctions du foie a montré que cet organe était normal. La bilirubine du sérum était, le 2e jour, normale dans 2 cas et augmentée dans 1 cas (2 milligr. 4 pour 100 gr.). Le 10e jour elle était augmentée chez 3 malades, ce qui témoignait d'une destruction sanguine.

P.-E. Morhardt.

Magdalena Wöhrle. ***Recherches sur l'hypoglycémie après intervention sur l'estomac*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **179**, n° 4, 9 Octobre 1936, p. 411-420). — On sait qu'à la suite d'une intervention importante sur l'estomac, les malades deviennent sujets à des crises d'hypoglycémie spontanée ou consécutive à un repas très riche en hydrate de carbone. La pathogénie de ce phénomène a été l'objet de discussions nombreuses. W. a procédé, chez une série de malades de ce genre, à l'étude, tout d'abord, des facteurs mécaniques qui ont été souvent invoqués. Après administration de 40 gr. de glucose dissous dans 500 gr. d'eau, on a constaté que l'hyperglycémie s'élève chez les opérés de l'estomac de 70 pour 100, alors que chez les sujets sains elle n'atteint que 40 pour 100. Après l'introduction du sucre par la sonde duodénale chez les sujets sains, l'élévation est seulement de 56 pour 100. Les opérés présentent d'ailleurs une glycémie à jeun plus faible (73 milligr.) que les sujets normaux (83 milligr.) et, 8 fois sur 9, après les repas, une hypoglycémie inférieure à 60 milligr. et atteignant parfois 45 milligr. L'administration du sucre par sonde duodénale à 3 sujets sains n'a provoqué qu'une seule fois un abaissement de la glycémie à 52 milligrammes. Ainsi ce n'est pas une accélération du passage du sucre dans le grêle qui peut être rendue responsable de l'hypoglycémie constatée.

Pour élucider le rôle des modifications du chimisme gastrique qui surviendrait à la suite de l'intervention, W. a procédé à des recherches chez 6 sujets présentant de l'anacidité dont 4 atteints d'anémie pernicieuse et un de chloranémie achylique. Chez ces malades l'administration *per os* n'a provoqué d'hypoglycémie (59 milligr.) que dans un cas. Par contre, l'augmentation de la glycémie s'est manifestée d'une façon plus précoce que normalement.

En somme, les choses se sont passées comme chez les sujets normaux après administration duodénale de sucre: il survient de l'hypoglycémie non suivie d'hypoglycémie.

En administrant le glucose par la sonde duodénale en même temps que de l'acide chlorhydrique ou que du suc gastrique normal, on ne modifie pas la courbe de la glycémie de manière à faire comprendre les phénomènes observés chez les opérés ou chez les achyliques. Il est vraisemblable cependant que la sécrétine de la muqueuse du grêle, activée par l'acide chlorhydrique intervient par son action hypoglycémiante bien connue. Par ailleurs, l'atrophie de l'estomac et celle de l'intestin paraissent, chez les achyliques, avoir pour conséquence la disparition de la sécrétine.

Enfin, il est à considérer que la réduction du suc gastrique constitue une intervention qui intéresse très nettement le système nerveux végétatif périphérique. Aussi W. pense-t-elle qu'il faut attribuer ces modifications de la régulation de la glycémie, observées après l'intervention sur l'estomac, à des troubles de l'équilibre neuro-endocrinien.

P.-E. Morhardt.

Fr. Chrometzka. ***Les intoxications par les vapeurs de zinc « Fièvre de fonte »*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **179**, n° 6, 29 Décembre 1936, p. 569-576). — Du fait d'un chantier pratiquant chaque jour le corroyage du zinc, C. a eu l'occasion d'observer à toutes ses phases et à tous ses degrés l'intoxication par les vapeurs de zinc. Les observations ainsi réunies concernent 58 cas. Les symptômes sont d'ailleurs si fugitifs que dans 18 de ces cas il n'a pu être constaté, par le médecin, aucun symptôme d'intoxication.

Parmi les symptômes généraux figure l'amaigrissement qui est important et qui s'observe dès que l'ouvrier a travaillé pendant quelques semaines à ce métier. Du côté des muqueuses nasales on constate des altérations, et de l'anosmie périodique est survenue dans 2 cas. Les voies aériennes supérieures et les bronches sont toujours atteintes et on constate à l'auscultation de nombreux râles bronchiques avec toux d'irritation. L'expectoration est rare et on trouve de nombreuses cellules épithéliales desquamées. C. n'a pas eu l'occasion d'observer d'hémoptysie. Du côté de l'appareil digestif on doit noter des pesanteurs gastriques, de l'inappétence, une tendance aux nausées et aux vomissements; parfois même, dans les cas sévères, des douleurs spasmodiques à l'épigastre. Dans 12 cas les troubles gastriques ont persisté après la période de fièvre et on a constaté l'existence d'une forte irritation de l'estomac. Il y avait 5 fois gastrite hyperacide. Dans tous ces cas la production de mucus a été augmentée. On n'a cependant pas observé d'ulcération. Dans 4 cas on a noté des accès de diarrhée périodique. Du côté des voies urinaires, une irritation des muqueuses a été constatée. Les reins fonctionnaient cependant normalement. Ainsi la plupart des muqueuses sont atteintes par cette forme d'intoxication.

Du côté du sang et des organes hématopoïétiques, on a constaté, au cours de la phase fébrile, une leucocytose avec déplacement vers la gauche. A la phase subaiguë le nombre des leucocytes était normal ou même abaissé. Dans 12 cas il y avait éosinophilie. Les leucocytes étaient un peu diminués et dans 31 cas il y avait augmentation des réticulocytes avec maximum de 35 pour 1.000. Ainsi le zinc, comme le plomb, aurait une influence excitante, voire même toxique, sur les organes hématopoïétiques. L'élévation des réticulocytes est parallèle surtout à l'intensité des lésions gastriques. En ce qui concerne le système nerveux, on doit noter quelques états de psychose anthentique, de l'impotence sexuelle, etc.

Au point de vue de l'hygiène professionnelle il y a lieu d'accorder plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'ici à la gastrite d'excrétion provoquée par cette intoxication. En outre le corroyage de zinc ne doit constituer un métier que d'une façon passagère, si on ne veut pas provoquer des altérations stomacales ou psychiques très sévères et irréparables.

En matière de prophylaxie, on doit recourir, en première ligne, au port obligatoire du masque. Malheureusement la position prise par les ouvriers ne leur permet pas toujours d'utiliser ce moyen. Le régime donne également des résultats. On doit mettre à la disposition des ouvriers du lait et de la graisse qui ont des propriétés détoxicantes à l'égard du zinc. Au point de vue thérapeutique quelques heures de repos et l'air frais suffisent. En cas de

bronchite les inhalations et la gymnastique respiratoire sont recommandées. Comme détoxicant général on peut recourir au thiosulfate et au calcium en injections intraveineuses.

P.-E. Morhardt.

L. Brahme. ***L'action du traitement alcalin de l'ulcère peptique et quatre cas de guérison d'ulcères peptiques*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **179**, n° 6, 29 Décembre 1936, p. 581-589). — B. remarque d'une façon générale que l'on considère l'administration d'alcalin et de belladone comme le traitement rationnel de l'ulcère peptique. On discute cependant les doses d'alcalin. Beaucoup d'auteurs admettent que la cure de Sippy crée un danger d'alcalose. Il est certain, en tous cas, que la dose d'alcalin doit varier d'un individu à l'autre. B. a donc cherché un moyen de préciser la dose nécessaire et pour cela il a eu l'idée de recourir, comme témoin des effets obtenus, à l'urine dont il cherche à obtenir la neutralisation. D'ordinaire il utilise du bicarbonate de soude comme régulateur. Il donne 5 à 10 gr. de ce médicament de manière à neutraliser l'urine. Si la neutralisation n'est pas obtenue ainsi, il ajoute de l'hydrate de magnésie ou du carbonate de magnésie. En outre, il donne trois fois par jour une dose de 1 gr. d'un mélange à parties égales de sous-carbonate de magnésie et de sous-nitrate de bismuth, additionné de 1 centrigr. d'extrait de belladone.

Cette méthode a été notamment appliquée à un homme de 40 ans qui, au cours de 10 ans, avait été rendu plus ou moins invalide par une affection gastrique. Il avait ainsi suivi 9 cures dont 5 depuis 1929, et depuis 1928, il avait eu 6 hémorragies importantes et avait été opéré une fois. Une cure de trente et un jours pratiquée en 1932 selon les directives de B., entraîna une guérison si nette que la niche constatée à l'entrée n'était plus visible au départ. Depuis son départ l'urine se maintient à un pH de 6,3 à 7,1 et le malade ne ressent plus aucun symptôme.

B. donne deux autres observations superposables. Un dernier malade a présenté une récidive. Les circonstances dans lesquelles celui-ci se trouvait étaient d'ailleurs très défavorables, de sorte que le traitement n'a pas pu être poursuivi assez longtemps.

Entre 1929 et 1935, il a été traité, dans le Service de médecine de B. à Norrhöping, un total de 814 cas d'ulcères gastriques ou duodénaux. Dans un grand nombre de ces cas on a pu constater d'une façon très nette que les douleurs de l'ulcus cessaient au moment où la réaction de l'urine devenait neutre ou presque neutre. La neutralisation de l'urine est donc pratiquée d'une façon systématique et il devient de plus en plus rare que les malades se plaignent de symptômes subjectifs. En somme cette méthode donnerait des résultats plus précoces. En outre elle ne provoquerait aucun symptôme subjectif et enfin elle donnerait des résultats dans l'ulcère peptique où, en général, on ne peut guère espérer une évolution favorable.

P.-E. Morhardt.

Stéphan Molnar. ***Recherches sur la sécrétion sudorale par le procédé de Minor dans la localisation des affections cérébrales*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **180**, n° 1, 19 Janvier 1937, p. 58-67). — L'étude de la sécrétion sudorale par la méthode de Jürgensen modifiée par Minor consiste à badigeonner la région à examiner avec une solution d'iode puis, après dessiccation, à saupoudrer cette région d'amidon. L'apparition de l'eau sous forme de sueur fait survenir la coloration bleu bien connue de l'iodure d'amidon. L'observation de ce phénomène a, d'après Molnar, l'avantage d'être tout à fait objective et c'est à tort qu'on la néglige.

Il faut cependant noter que le développement des glandes sudoripares et l'intensité de leurs fonctions varient beaucoup suivant les régions et suivant les individus. L'innervation des glandes du visage provient à la fois des nerfs sympathiques et parasympathiques, les premiers donnant une sueur visqueuse et accompagnée de pâleur, les autres, au contraire, donnant une sueur abondante et fluide.

M. a examiné 38 malades. Dans 6 de ces cas, il y avait hypertension intracranienne et la sécrétion sudorale ne présentait aucune modification. Parmi les affections circonscrites du cerveau figurent celles qui intéressent la région hypophysaire. Sur 8 cas, la sécrétion sudorale n'a été normale qu'une fois. Dans un cas d'acromégalie, on a constaté une forte hyperhidrose et chez les autres malades, il y avait, au contraire, hypohidrose.

Dans les lésions intéressant l'écorce, la sécrétion de la sueur a été parfois normale (endothéliome des circonvolutions frontales); dans 2 cas encore où il y avait tumeur du faisceau se rendant au noyau de Westphal-Edinger, on a constaté d'un côté de l'hypohidrose avec anhidrose.

Dans un cas d'affection du nerf trijumeau accompagnée d'hypoesthésie, les fonctions des glandes sudoripares se sont montrées normales des deux côtés, ce qui prouve, étant donné qu'il y avait dans ce cas lésion du ganglion de Gasser, que les fibres sympathiques ne se joignent au trijumeau qu'après ce ganglion. Dans les cas de ce genre, l'épreuve de Minor peut donner des résultats plus précis et plus délicats que les épreuves de sensibilité.

En ce qui concerne le nerf facial, on a constaté que sa paralysie périphérique n'avait pas pour conséquence une diminution de la transpiration du côté malade. Par contre, dans un cas où il y avait paralysie totale du facial, les fonctions sudorales se sont rétablies en même temps que la paralysie. Sur 3 malades atteints de paralysie du sympathique cervical, la sueur manquait du côté malade. Dans un cas de lésions carcinomateuses de la moelle, l'étude de la sueur a donné, au point de vue localisation, des résultats plus exacts que l'étude de la sensibilité.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

H. Wachs (Dresde). ***Etude de biologie expérimentale sur la régénération*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 47, 20 Novembre 1936, p. 1597-1601). — W. a fait les expériences les plus diverses pour examiner la question de la régénération des organes. Il a extirpé, dans des conditions très variées, le cristallin de divers animaux et a réussi même à le transplanter.

Il a constaté que l'œil normal possède des échanges nutritifs remarquablement équilibrés, que l'œil règle la croissance du cristallin et que l'existence de ce cristallin en empêche la formation de plusieurs autres, bien que les cellules de l'iris soient capables d'en fabriquer de nouveaux.

Du moment où les échanges nutritifs avec le cristallin cessent, l'iris supérieur se met aussitôt au travail, il s'en forme un nouveau. Une remarque est intéressante : aussi bien à l'ontogenèse qu'au moment de la régénération, la rétine semble jouer le même rôle en quelque sorte « attractif », la formation des fibres du cristallin se fait dans le bon sens, c'est-à-dire orientée vers la rétine.

Tous les résultats obtenus prouvent d'après W. que l'organisme vivant peut produire des effets qui s'expliquent difficilement par le simple jeu des forces « mécaniques ». D'autres expériences ont montré que même des organes aussi différenciés et aussi complexes que l'œil des mammifères peuvent se reconstituer avec leur multitude de cellules si variées. W. a constaté qu'en somme la « gestation » n'était qu'un moment, pouvant se reproduire, et que seul une « force dirigeante » intrinsèque à l'organisme pouvait aboutir à ce résultat.

Guy Hausser.

O. Kauders (Graz). ***L'application de l'impaludation dans le traitement des paralysies consécutives à la poliomyélite épidémique*** (*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 51, 18 Décembre 1936, p. 1729-1732). — K. rapporte les expériences faites lors d'une épidémie de poliomyélite en Autriche en 1936 et qui fut particulièrement grave par le grand nombre d'adultes qui furent atteints.

On sait que la poliomyélite de l'adulte est souvent mortelle ou encore qu'elle entraîne de graves paralysies. Presque toujours elles atteignent les membres inférieurs et souvent aussi les muscles abdominaux.

Tous les cas observés par K. semblaient désespérés, malgré l'application de traitements variés : massages, électricité, gymnastique, air chaud, diathermie. Malgré cela, les paralysies n'avaient aucune tendance à régresser et l'atrophie complète et définitive des muscles semblait inévitable.

K. pensa alors à appliquer l'impaludation. Il y fut guidé en constatant que la poliomyélite au début est caractérisée par une lymphocytose et une hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Mais pendant la 2[e] et surtout les 3 et 4[e] semaines de la maladie, le nombre des cellules diminue peu à peu, alors que l'albumine augmente considérablement (ceci étant probablement d'origine sanguine sans que l'on puisse l'affirmer avec certitude).

Quoi qu'il en soit, l'impaludation a un effet immédiat sur le liquide céphalo-rachidien, en particulier sur le nombre d'éléments cellulaires et sur l'albumine, c'est pourquoi K. a pensé que ce traitement pouvait influer heureusement sur le pronostic de la poliomyélite.

Il a traité ainsi 18 malades. L'impaludation ne fut faite que de 30 à 60 jours après le début de la maladie car K. ne voulait la faire que dans des cas de paralysies persistantes, à ce moment, les résultats de ce traitement étant bien probants. L'âge des malades s'échelonnait de 4 à 33 ans. Les enfants de 4 ans ont pu supporter sans difficulté jusqu'à 6 accès de fièvre.

Les résultats ont été les suivants : dans 5 cas, guérison presque complète. Dans 8 cas, amélioration sensible sans que l'entière mobilité des membres soit rétablie. Enfin dans 5 cas seulement (sur 18) le traitement resta sans aucune action apparente.

Guy Hausser.

O. Kauders (Graz). ***L'application de l'impaludation dans le traitement des paralysies consécutives à la poliomyélite épidémique (suite)*** [*Medizinische Klinik*, t. **32**, n° 51, 24 Décembre 1936, p. 1766-1769]. — Dans un seul cas, l'impaludation fut pratiquée quinze jours après le début de la poliomyélite. Le résultat avait été excellent et rapide : onze jours avaient suffi pour guérir entièrement une grave paralysie. Mais dans ce cas la guérison pouvait peut-être être attribuée à d'autres facteurs puisque le traitement fut entrepris relativement peu de temps après le début de l'affection.

Dans tous les autres cas, il est impossible d'attribuer les améliorations à d'autres facteurs.

K. rapporte ensuite le cas d'une femme de 26 ans atteinte de paralysie des muscles de la ceinture scapulaire et d'une paralysie complète des membres inférieurs. En dehors de la tête, tout mouvement était impossible à la malade. Le traitement fut entrepris 34 jours après le début de la maladie. La malade supporta sans complication 7 accès de fièvre, après quoi elle devint très faible, perdit du poids et fut atteinte de diarrhée. Huit jours après la fin de l'impaludation, la mobilité des membres supérieurs apparaît. Les membres inférieurs deviennent seulement plus mobiles. La guérison progresse et après soixante-neuf jours, il ne subsiste plus que de légères séquelles.

K. rapporte également le cas d'une petite fille de 10 ans présentant une monoplégie. L'impaludation est faite quarante-huit jours après le début de la maladie, 10 accès de fièvre. Quarante-cinq jours après la fin du traitement, la malade peut se soulever

seule et marcher à l'aide d'une chaussure orthopédique. Ce cas est remarquable surtout par le fait que le traitement de la monoplégie avait été pendant quelques semaines tout à fait insuffisant.

Dans un autre cas rapporté, nette amélioration d'une quadriplégie, avec paralysie des muscles du tronc et de l'abdomen, bien que le traitement ne fût commencé que cinquante-deux jours après le début des troubles.

Dans tous les cas observés, K. a pu constater que déjà peu de jours après le début de l'impaludation la teneur en albumine du liquide céphalo-rachidien diminue considérablement. Par ailleurs l'impaludation augmente rapidement et considérablement le tonus musculaire.

K. ne peut encore dire à quel moment précis il faut commencer le traitement. Il croit cependant qu'il faut commencer plus tôt qu'il ne l'a fait, car, primitivement, il voulait éliminer les autres facteurs de guérison. Cependant, dans les cas où l'atrophie musculaire est par trop intense et où l'excitabilité électrique des muscles a disparu, il est trop tard pour agir par l'impaludation.

Guy Hausser.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE
(Berlin)

H. F. O. Haberland (Köln). ***Œsophagoplastie*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **187**, fasc. 2, 1er Décembre 1936, p. 252-259). — Sur un garçon de 6 ans, H. pratiqua en 1921, avec Frangenheim, une œsophago-jéjuno-gastrostomie, selon le procédé de Roux. Quinze ans plus tard, il revit ce sujet : le fonctionnement du néo-œsophage était parfait, comme en témoignent les films cinématographiques et les clichés radiographiques qui illustrent l'article.

Le résultat semble meilleur que celui obtenu par Teschendorf qui utilisa la technique de Lexer.

Jean Patel.

St. Rusznyak, St. Karady et **D. Szabo** (Szeged). ***La prophylaxie, par l'histamine, des accidents circulatoires secondaires aux interventions*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **187**, fasc. 2, 1er Décembre 1936, p. 279-290). — On admet de plus en plus que les accidents post-opératoires sont engendrés par des substances toxiques, mises en liberté au niveau des tissus traumatisés lors de l'intervention. Cependant, le rôle du système nerveux végétatif, susceptible de provoquer des troubles généraux sévères pour une perturbation locale minime, apparaît primordial.

Pour R., K. et S., en effet, l'injection d'histamine provoque des réactions diverses de la pression artérielle. Les sujets qui y réagissent fortement sont très enclins à présenter des complications graves. Celles-ci ne seraient plus à redouter depuis la préparation pré-opératoire par les injections d'histamine, durant 8 à 10 jours.

Jean Patel.

R. Wanke (Kiel). ***Recherches sur la question de la dualité hépatique*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **187**, fasc. 3, 22 Décembre 1936, p. 437-467, 12 figures). — Dans cette étude documentée, W. a réuni tous les arguments en faveur de la théorie ancienne de Glénard et Sérégé : celle de la dualité, anatomique et fonctionnelle, du foie. Pour ces deux auteurs, et bien d'autres par la suite, cet organe serait, en effet, divisé en deux portions : d'une part, lobe droit et lobe de Spiegel, tributaires de la grande mésaraïque ; d'autre part, lobe gauche, lobe carré, tributaires de la petite mésentérique et de la veine splénique.

La localisation élective des abcès appendiculaires au niveau du lobe droit ; celle des métastases du cancer rectal sur le lobe gauche ; les recherches expérimentales de W. sur la contraction hépatique et sur l'opacification des territoires vasculaires, après injections faites en différents points, plaident en faveur de cette manière de voir.

Jean Patel.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig)

H. Alexander. ***Diagnostic des cavernes tuberculeuses, notamment au point de vue du radio-diagnostic*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **55**, Janvier 1937, p. 1-20). — Au point de vue de l'étude des cavernes, il y a lieu de distinguer deux types nettement différents : 1° la caverne qui survient le plus souvent brusquement, c'est-à-dire d'une manière aiguë, au cours des premières manifestations de la tuberculose ; c'est une caverne ronde, élastique ; 2° la caverne qui apparaît au cours du stade de localisation de la tuberculose, caverne qui s'établit progressivement, caverne tertiaire, rigide.

Ces types diffèrent aussi bien biologiquement que mécaniquement et radiologiquement, et se présentent sous des aspects différents lors de l'autopsie.

Les manifestations radiologiques sont essentiellement variables suivant que les cavernes sont en voie de formation ou constituées, pleines ou vides, confluentes ou non.

La *caverne élastique* est en général physiquement muette ; elle ne se traduit à l'examen clinique que par un peu de matité, du retentissement métallique de la respiration, quelques bruits surajoutés, la voix chuchotée un peu humée...

C'est à la *caverne rigide* qu'appartiennent les signes classiques des cavernes.

Les *difficultés du diagnostic radiologique des cavernes* proviennent de l'existence d'organes superposés (squelette, organes médiastinaux, vaisseaux, exsudats), qui peuvent les masquer plus ou moins ; il faudra donc multiplier les incidences de l'examen aux rayons X, c'est-à-dire ne pas se contenter des examens en positions classiques, mais faire des examens en oblique, de profil, et ne pas négliger l'examen des sommets.... Il est du reste des cas où le radio-diagnostic s'avère impuissant à les mettre en évidence, par ex. quand il existe des infiltrats pleuraux très épais, une densification pulmonaire accentuée (hépatisation) ; dans ces cas, il est indiqué de recourir à la planigraphie, c'est-à-dire à la radiographie plan par plan.

A. expose en détail les principaux *diagnostics différentiels* qui peuvent se poser : anneaux pleuraux, pneumothorax localisé, atélectasie pulmonaire, emphysème, kystes hydatiques vides, kystes congénitaux, dilatation des bronches, abcès et gangrène pulmonaire.

Morel Kahn.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

Th. Abernethy et **Th. Francis.** ***Recherches sur le polysaccharide C, constituant du pneumocoque. I. Réactions cutanées et sérologiques dans la pneumonie*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **65**, n° 1, Janvier 1937, p. 59-74). — En 1930 Tillett et Francis ont montré que le sérum de sujets se trouvant en pleine pneumonie est capable de précipiter une fraction non protéique, ayant la structure d'un hydrate de carbone, provenant du pneumocoque, qu'ils ont appelée substance C. On retrouve cette propriété précipitante dans le rhumatisme articulaire aigu, l'endocardite infectieuse, l'abcès du poumon. Cette substance C renfermée dans le corps des pneumocoques est spécifique de l'espèce microbienne, mais indépendante du type et de la virulence. Elle est distincte du polysaccharide de la capsule, qui est spécifique du type de pneumocoque, par ses propriétés chimiques et par ses propriétés sérologiques. Ces dernières sont l'objet de ce travail.

L'étude de 46 cas de pneumonie a montré à A. et F. que l'on peut provoquer une réaction caractéristique en injectant dans le derme 0 milligr. 1 de substance C. Durant la période fébrile aiguë chez les patients qui guérissent, la réaction consiste en un érythème retardé qui atteint son maximum d'intensité en 18 à 24 heures. Durant la convalescence cette réaction ne se produit plus. Chez les malades dont l'affection se prolonge par suite de complications la faculté de réaction de la peau persiste. Par contre, dans 7 cas mortels la réaction cutanée fit défaut.

Des recherches parallèles faites sur la réaction du sérum des malades en présence de la substance C ont confirmé les observations de Tillett et Francis sur l'apparition du phénomène de précipitation durant la période aiguë et sa disparition à la convalescence.

Ces réactions cutanées et sérologiques ne sont pas spécifiques : 8 malades atteints d'infections fébriles non pneumococciques réagirent comme les pneumoniques ; 2 patients atteints de fièvre non infectieuse et 17 sujets normaux ne donnèrent aucune réaction cutanée ni sérologique.

Ces résultats soulignent l'importance qu'il y a à employer les constituants isolés de la cellule bactérienne dans l'interprétation des réactions cutanées et sérologiques dans la pneumonie. A. et F. discutent le parallélisme des épreuves cutanées et sérologiques constaté dans la pneumonie et la signification de ces réactions en fonction de l'évolution clinique et de l'issue de la maladie.

P.-L. Marie.

F. A. Stevens. ***Les propriétés bactéricides des lipides de la peau irradiés par les rayons ultraviolets*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **65**, n° 1, Janvier 1937, p. 121-127). — Beaucoup d'huiles qui ne sont pas normalement bactéricides le deviennent après exposition à la lumière ultraviolette ou après ozonisation. Leur vapeur même empêche le développement des bactéries et voile les plaques photographiques. Ces nouvelles propriétés tiennent à ce que l'oxygène fixé sur les molécules de l'huile pendant l'irradiation ou l'ozonisation est ensuite libéré à l'état actif. Les expériences de S. montrent que les lipides de la peau acquièrent ces mêmes propriétés par l'irradiation. Le mécanisme de l'action bactéricide des lipides irradiés de la peau doit être similaire.

L'irradiation accroît notablement la teneur en oxygène actif de la peau desséchée, mais l'augmentation est insignifiante si on en a extrait les lipides. Bien que les lipides normaux extraits de la peau renferment de l'oxygène actif, le taux de ce dernier se trouve fortement augmenté par l'irradiation. La vapeur des lipides irradiés voile les plaques de façon intense et retarde le développement du streptocoque hémolytique. Quand on les émulsionne en solution saline, les lipides irradiés tuent rapidement ce streptocoque quand on les compare à des émulsions de lipides non irradiés. L'addition de cystéine à des émulsions de lipides normaux ou irradiés prolonge la vie des bactéries en suspension ; cet effet protecteur est dû à l'action réductrice de la cystéine.

Les lipides normaux non irradiés extraits de la peau dans des conditions permettant leur oxydation tuent les bactéries plus vite que les lipides utilisés dans ces expériences où des précautions ont été prises pour éviter l'oxydation. Même avec ces précautions, il y a un certain degré d'oxydation, parce que les lipides ainsi extraits contenaient de l'oxygène actif et les bactéries vivaient plus longtemps dans les émulsions de ces lipides normaux si l'on y ajoutait de la cystéine.

P.-L. Marie.

THE LANCET
(Londres)

M. L. Rosenheim. ***L'acide mandélique dans le traitement des infections urinaires*** (*The Lancet*, n° 5906, 7 Novembre 1936, p. 1083-1087). — Continuant ses recherches cliniques sur cette méthode de traitement qu'il fut le premier à préconiser, R. rapporte les observations de 88 cas d'infections urinaires traités par l'acide mandélique et surtout par le mandélate d'ammonium, ce qui évite l'adjonction de chlorhydrate d'ammonium, générateur souvent de troubles gastriques.

Ce traitement s'adresse avant tout aux infections urinaires chroniques, rebelles aux autres médications, qu'il guérit dans 70 pour 100 des cas.

Pour que ce traitement agisse, il faut non seulement que le pH des urines soit abaissé à 5, mais que la concentration de l'acide mandélique dans les urines ne soit pas au-dessous de 0,25 pour 100. Il s'ensuit que l'on doit prescrire une certaine réduction des liquides ingérés. Par conséquent ce traitement sera mal accepté par les malades dans la période aiguë fébrile des infections urinaires aiguës. De plus, cette médication hyperacide pourrait à cette période déclencher l'acidose. Dans de tels cas, il est préférable d'appliquer le traitement quand la fièvre est en décroissance.

L'obstruction urinaire telle qu'on la rencontre dans les pyélites de la grossesse, les infections urinaires d'origine prostatique, les diverticules de la vessie, la lithiase rénale sont des causes d'échec du traitement.

On peut, sans inconvénient, faire absorber de l'acide mandélique aux malades présentant de l'albuminurie; seule une élévation de l'urée sanguine est une contre-indication de ce traitement.

André Plichet.

G. A. Newns et Reginald Wilson. ***L'acide mandélique dans le traitement des pyélites de l'enfance*** (*The Lancet*, n° 5906, 7 Novembre 1936, p. 1087-1089). — Le traitement par le mandélate d'ammonium peut s'appliquer aux infections urinaires des enfants. N. et W. ont traité 36 enfants dont l'âge variait de 2 mois à 11 ans, atteints d'infections urinaires diverses. Ils n'eurent que neuf insuccès; trois d'entre eux avaient une anomalie des voies urinaires, deux avaient une infection produite par un autre bacille que le coli.

Le traitement doit être appliqué d'emblée à des doses convenables. On doit le prolonger une semaine au moins après la stérilisation des urines.

Avant de commencer ce traitement, il faut s'assurer radiographiquement, autant que possible, de l'absence d'anomalies ou de calculs des voies urinaires.

Pour N. et W. la fièvre et l'albumine ne sont pas des contre-indications au traitement.

André Plichet.

W. A. Timperley, A. E. Naish et G. A. Clark. ***Une nouvelle méthode de traitement de l'hémophilie*** (*The Lancet*, n° 5907, 14 Novembre 1936, p. 1142-1149). — Après une série de longues expériences concernant l'hémophilie, T., N. et C. ont extrait du blanc d'œuf ayant séjourné pendant plusieurs jours à 37°, en présence de bromure de potassium, une substance qui, ajoutée au sang, *in vitro*, forme une sorte de gel ne se rétractant pas comme le caillot sanguin.

Cette substance, injectée dans les veines de chats décérébrés ou convenablement anesthésiés, réduit le temps de coagulation du sang et ne produit pas de coagulations intravasculaires même injectée à forte dose. T. s'en fit injecter dans les veines plusieurs fois sans effet fâcheux. Une simple dose injectée à un hémophile empêche l'hémarthrose de se produire et raccourcit son temps de coagulation. Au cours même de la série d'injections, la tache ecchymotique produite par le garrot diminue chaque fois d'intensité. On peut également sans avoir d'hémorragies graves procéder à plusieurs extractions dentaires au cours de ce traitement.

La dose utile est contrôlée en estimant le temps de coagulation de chaque sujet avant et après l'injection.

Ce traitement a été appliqué à 13 hémophiles sans que l'on ait eu à regretter des coagulations intravasculaires.

Pour préparer cette substance on mélange intimement 40 gr. de bromure de potassium avec 200 cmc de blancs d'œufs et le mélange est conservé à 37° pendant trois jours. On ajoute alors 200 cmc d'eau distillée et six volumes d'alcool à 98 pour 100. Le mélange est filtré. Le filtrat est précipité par un volume égal d'acétone. Ce précipité est dissous dans l'eau puis dialysé pour chasser le bromure de potassium, desséché dans le vide à 60° et enfin redissous dans une solution à 0,9 pour 100 de chlorure de potassium.

André Plichet.

H. Selye. ***Appendicite phlegmoneuse aiguë produite par l'administration intraveineuse d'histamine*** (*The Lancet*, n° 5908, 21 Novembre 1936, p. 1210-1211). — Des recherches antérieures ont montré qu'expérimentalement certains facteurs physiques ou chimiques tels qu'un shock chirurgical, l'exposition au froid, des exercices violents, différentes intoxications, produisaient chez l'animal un syndrome caractérisé par une hyperplasie des surrénales, une atrophie du thymus et la formation d'ulcères gastro-intestinaux.

Pour S. ce syndrome est causé par la formation d'histamine par les tissus, sous l'action stimulante de ces facteurs. A 12 rats adultes, il injecte dans le péritoine 0.5 cmc d'une solution de formoldéhyde à 4 pour 100. A l'autopsie, 48 heures après, on trouva chez tous ces animaux une appendicite phlegmoneuse avec, dans trois cas, des perforations de l'appendice. Il est évident que la généralisation à tous les animaux de cette lésion fait rejeter l'idée qu'elle pût être causée directement par le contact du formol. D'ailleurs la muqueuse de l'appendice seule est atteinte dans les cas les moins graves, la musculeuse et la séreuse étant indemnes.

Pour justifier son hypothèse, S., à 12 rats mâles adultes, a injecté dans la jugulaire 3 cmc d'une solution d'histamine à 1 pour 100. Sept heures après cette injection 11 animaux sur 12 avaient une appendicite phlegmoneuse.

André Plichet.

H. Cohen. ***L'atrophie optique comme signe représentatif de l'anémie pernicieuse*** (*The Lancet*, n° 5908, 21 Novembre 1936, p. 1212-1213). — Au point de vue neurologique l'anémie produit une nutrition défectueuse des éléments nerveux, une dégénération de ces éléments due soit à l'absence d'une substance spécifique essentielle à la nutrition des cellules nerveuses, soit à une toxine présente dans l'anémie pernicieuse et enfin des zones de ramollissement dues à des thromboses et à des hémorragies. Les deux premiers facteurs peuvent être corrigés par un traitement approprié.

L'atrophie optique précède souvent les modifications sanguines de l'anémie pernicieuse et les autres symptômes nerveux. C. cite deux cas où l'atrophie optique précéda de plusieurs mois l'anémie et qui guérirent par des injections d'extrait de foie.

André Plichet.

Wilson Smith. ***La réaction de fixation du complément dans l'influenza*** (*The Lancet*, n° 5909, 28 Novembre 1936, p. 1256-1259). — Après que Smith, Andewes et Laid eurent isolé le virus de l'influenza chez l'homme, on pensa qu'il était impossible d'évaluer, *in vitro*, les anticorps du sérum. On se servait alors du test de résistance de la souris, animal qui pouvait être infecté par le virus humain.

Dans le but de simplifier ces recherches S. a cherché une réaction de fixation du complément. Il s'est servi de virus cultivé sur embryon de poulet, d'émulsion de poumon de souris infectée et comme test du sérum de cheval immunisé.

Dans la majorité des cas cette réaction de fixation du complément donne les mêmes résultats que le test de protection de la souris.

André Plichet.

S. Zuckerman. ***L'effet inhibiteur du propionate de testostérone sur l'hypertrophie expérimentale de la prostate*** (*The Lancet*, n° 5909, 28 Novembre 1936, p. 1259-1262). — On sait qu'expérimentalement on peut obtenir l'hypertrophie de la prostate par des injections d'œstrone, chez le singe non adulte. Cette transformation, en injectant des doses suffisantes, se fait en 14 jours et l'on assiste à une diminution du nombre des glandes prostatiques, à une stratification de l'épithélium, à une augmentation des fibres musculaires et au gonflement du scrotum. Cette action de l'œstrone peut être annihilée par des injections d'hormone testiculaire. Le propionate de testostérone semble être plus actif que l'androstanédiol et que le progestérone. Cette hormone inhibe les effets obtenus sur la prostate d'un rat impubère par des injections d'œstrone. Il faut que la quantité de propionate de testostérone soit sept fois plus grande en poids que la dose d'œstrone injectée. L'action de l'hormone se prolonge quinze jours après l'injection.

André Plichet.

Léonard Colebrook, Buttle et O'Meara. ***Le mode d'action de la p-aminobenzène-sulphonamide et du prontosil dans les affections à streptocoque hémolytique*** (*The Lancet*, n° 5910, 5 Décembre 1936, p. 1323-1326). — Aucune explication valable n'a été donnée de l'action du prontosil dans les infections à streptocoque jusqu'aux travaux de Trefouel, Nitti et Bovet qui ont montré que l'oxydation du prontosil donnait naissance à la p-aminobenzènesulphonamide qui a une action bactériostatique et bactéricide *in vitro* et *in vivo*.

C., B. et O. ont vérifié cette hypothèse. La sulphonamide a une action bactéricide mais cette action est faible. Cette substance ne peut détruire qu'un petit nombre de microbes. Cependant l'effet thérapeutique est considérable. Une souris traitée par la sulphonamide survit à une infection péritonéale produite par 50.000 streptocoques. Mais le sang de cette souris neutralise très peu de streptocoques *in vitro*. Pour expliquer l'action de ces teintures il faut faire intervenir l'action bactéricide conférée aux tissus.

André Plichet.

Geoffrey Bourne. ***La douleur, seul signe du cancer du pancréas*** (*The Lancet*, n° 5910, 5 Décembre 1936, p. 1326-1328). — B. a observé trois cas de pancréas ayant eu un seul signe, une douleur spéciale.

Les caractéristiques de cette douleur sont la constance, la profondeur, les irradiations dans le dos qui font penser à une affection des vertèbres ou des racines sensitives des nerfs rachidiens. Parfois elle irradie en ceinture. Elle n'a aucun rapport avec l'alimentation, mais certaines positions du corps, l'attitude penchée, la position assise l'exacerbent. L'absence de signes physiques et radiologiques fait croire que cette douleur n'a pas de base organique. Il faut alors rechercher les autres signes de cancer du pancréas: dans les selles, le pourcentage des graisses non assimilées, la glycosurie ou une glycémie anormale, mais souvent les signes douloureux ont précédé de deux ans les signes traditionnels du cancer du pancréas.

André Plichet.

Saul S. Samuel. ***Le traitement conservateur de la thrombo-angéite oblitérante*** (*The Lancet*, n° 5913, 26 Décembre 1936, p. 1511-1513). — La thrombo-angéite oblitérante est une maladie qui se limite d'elle-même. La circulation collatérale est

beaucoup plus importante à envisager que le spasme vaso-moteur. Il est nécessaire de faire supprimer complètement le tabac, de veiller avec soin aux conditions locales pour éviter les gangrènes et les ulcérations.

Le traitement consiste en des injections intraveineuses trois fois par semaine de sérum salé hypertonique de 2 à 5 pour 100, jusqu'à la quantité de 300 cmc suivant l'âge. Ces injections ont pour but d'augmenter la pression artérielle et de développer la circulation collatérale. Il faut également réchauffer les extrémités par des bains ou la diathermie et faire faire des exercices d'élévation de la jambe comme l'a préconisé Buerger dans les cas sans ulcérations et sans gangrène.

La guérison de la gangrène et des ulcérations dépend du développement de la circulation collatérale et du soin des téguments.

S. rapporte l'observation de 20 cas traités de cette façon depuis une période variant de 2 à 9 ans, 18 de ces malades ont pu reprendre leurs occupations.

André Plichet.

A. F. Hurst et **J. A. Ryle.** ***La fréquence, la mortalité et le traitement des hémorragies dans les ulcères gastriques et duodénaux*** **(*The Lancet*, n° 5914, 2 Janvier 1937, p. 1-6).** — La fréquence des hémorragies dans les ulcères gastriques et duodénaux est de 30 pour 100 et de 45 pour 100 dans les ulcères post-opératoires. Cette statistique porte sur 1.340 cas.

Le danger de ces hémorragies a été fortement exagéré. La mortalité est de 1,5 pour 100, ce qui fait pour tous les cas d'ulcère avec ou sans hémorragie 0,4 pour 100.

L'opération ne met pas à l'abri des hémorragies. Dans les ulcères qui ont saigné et qui ont été opérés, on trouve encore 13 pour 100 d'hémorragies après l'opération. Chez ceux qui n'avaient pas saigné avant l'opération, on ne trouve que 0,9 pour 100 d'hémorragies post-opératoires.

Intervenir dans un cas d'ulcère qui saigne abondamment est dangereux, même pour un chirurgien averti, même après transfusion.

H. et R. ne pensent pas que l'alimentation immédiate des malades dans les hémorragies d'ulcère, comme certains le préconisent actuellement, améliore la situation. Le vieux traitement: repos au lit, diète et morphine donne d'excellents résultats. La transfusion qui n'est pas sans danger est cependant nécessaire quand l'hémoglobine descend au-dessous de 30 pour 100 et que les hémorragies se répètent. De larges doses de fer et de citrate d'ammoniaque peuvent être données le 3e jour de l'hémorragie car ces médicaments hâtent la régénération de l'hémoglobine et favorisent la convalescence.

André Plichet.

A. Kissemeyer. ***Traitement ambulatoire rapide de la gale par une lotion au benzoate de benzyle*** **(*The Lancet*, n° 5914, 2 Janvier 1937, p. 21).** — Reprenant une formule de Ludwig Nielsen, vieille de 25 ans, K. a traité plus de 8.000 cas de gale à l'Hôpital de Copenhague.

Le traitement dure moins d'une heure, ne donne aucune dermite ou irritation de la peau et on peut traiter sans danger de tout jeunes enfants.

La lotion est composée à parties égales de savon mou, d'alcool isopropylique et de benzoate de benzyle.

Le malade enduit de savon noir se frotte surtout aux points d'élection de la gale. Il prend un bain à 38° de 10 minutes et se frotte encore dans le bain. Pendant que le corps est encore humide, on frotte le malade avec une brosse trempée dans la lotion pendant 5 minutes. On essuie le malade, on lui remet ses habits. Le lendemain on lui donne un second bain et on change ses vêtements qui sont désinfectés. Les sous-vêtements sont bouillis ainsi que les draps de lit.

Il est important de traiter les membres d'une famille le même jour, même s'ils ne montrent pas de signe de gale.

André Plichet.

ORVOSI HETILAP
(Budapest)

B. Mezé. ***Le traitement des inflammations des voies urinaires par mélanges pharmaceutiques*** **(*Orvosi Hetilap*, t. 80, n° 41, 10 Novembre 1936, p 959-962).** — Dans ses observations cliniques, M. examinant le pouvoir bactéricide des différents médicaments employés dans le traitement des inflammations muqueuses n'a pas trouvé l'effet de ces substances satisfaisant. C'est pourquoi M. se mit à mélanger diverses substances agissant différemment pour obtenir avec ces mélanges liquides un effet plus actif sur les germes nocifs. Ainsi il a pu obtenir avec la combinaison de permanganate de potasse et de l'acide borique, de permanganate de potasse et d'acide sulfurique et avec le permanganate de potasse et de cyanure de mercure une influence remarquable sur les microbes. Entre autres, il est frappant de constater que, par exemple, le mélange de permanganate de potasse et d'acide borique n'est pas nocif sur les tissus de l'organisme, tandis qu'il est d'un effet spécifique sur les bactéries.

La solution au 1/5.000 de permanganate de potasse dans une concentration de 3 pour 100 d'acide borique a le pouvoir de tuer les microbes en l'espace *de 20 à 25 secondes*. Et si l'on fait augmenter dans cette mixture la concentration de permanganate de potasse jusqu'à 1/4.000 elle les tue en quelques secondes.

Selon l'avis de M., les solutions ci-dessus indiquées sont très appréciées dans le traitement des inflammations muqueuses sans complication, et on peut aussi bien les employer avec succès dans les maladies focales.

A. Blazso.

Nagy M. et **Straub J.** ***Résultats du dosage du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales et nerveuses*** **(*Orvosi Hetilap.*, t. 80, n° 47, 21 Novembre 1936, p. 1114-1116).** — Les opinions sur l'importance de bromure dans l'organisme sont très différentes. Selon Zondek et Bier, le bromure de l'organisme n'est autre qu'un catalysateur anorganique. Heubner et Bürgi ainsi que Damiens n'admettent pas cette opinion. Mais depuis, Zondek et Bürgi ont affirmé que dans certaines maladies psychiques, particulièrement dans la psychose maniaco-dépressive, la variation du taux du bromure dans le liquide céphalo-rachidien a une valeur considérable. Aussi l'analyse de cet élément des divers sucs de l'organisme présente-t-il maintenant, au point de vue humoral et pathologique, une importance particulière.

Se basant sur des recherches très minutieuses faites chez un grand nombre des malades, les auteurs concluent que: en opposition avec l'opinion de Zondek et Bürgi, chez des individus normaux, et dans les maladies mentales ainsi que chez les sujets atteints d'une maladie nerveuse organique, le taux de bromure du liquide céphalo-rachidien est soumis à de très grandes variations. Dans la psychose maniaco-dépressive, il ne leur fut pas possible d'observer une diminution caractéristique et permanente de bromure du liquide céphalo-rachidien. Les observations de Zondek et Bürgi concernant le taux de bromure du liquide dans les psychoses ne purent être confirmées. L'examen du bromure dans le liquide céphalo-rachidien ne permettrait donc pas d'avoir un moyen de diagnostic précis caractérisant certaines maladies nerveuses.

A. Blazso.

Angyal et **Gyarfas K.** ***Sur le traitement de la schizophrénie par les chocs de cardiazol*** **(*Orvosi Hetilap*, t. 81, n° 4, 23 Janvier 1937, p. 79-82).** — Il y a quelques années que Meduna, se basant sur les observations de Nyirö, Jablonszky, Müller et Glaus, selon lesquelles il doit exister un antagonisme biologique entre la schizophrénie et l'épilepsie, a commencé, dans un but curatif, à provoquer dans la schizophrénie des crises épileptiformes par le cardiazol. Avec ces chocs, Meduna a obtenu, chez ces malades, une rémission très encourageante. Ces résultats sont aussi confirmés par Wahlmann.

A. et G., dans ces recherches, ont voulu comparer la méthode de Sakel avec celle de Meduna, c'est-à-dire le traitement par chocs insuliniques avec les chocs de cardiazol dans la thérapie de la schizophrénie.

Ils ont essayé ce traitement sur 45 malades. Chez 27 sujets, malades depuis environ un an, ils ont obtenu une rémission bonne et même totale dans 44,4 pour 100. Ils ont aussi trouvé des cas réfractaires à ce traitement, mais très bien influençables par des chocs insuliniques. Ainsi il leur fut possible d'arriver à une guérison de 66,7 pour 100.

D'après ces expériences, ils estiment que dans la forme de la schizophrénie caractérisée surtout par la stupeur, ce traitement a son importance; au contraire, dans les formes paranoïaques et catatoniques, le choc insulinique est plus indiqué.

Après ce traitement, l'évolution de la rémission est persistante.

Ce traitement de la schizophrénie est très utile, quelquefois même dans certains cas chroniques très avancés.

A. Blazso.

IL POLICLINICO [Sez. chir.]
(Rome)

Carlo Mastrosimone. ***Contribution à la chirurgie du diabète (influence de la tuméfaction provoquée des parotides sur le diabète pancréatique expérimental)*** **[*Il Policlinico*, Sez. Chir.], 15 Décembre 1936, p. 622.** — Les remarquables recherches de Flaum, publiées dans *Klin. Wochen.* d'Octobre 1932, ont attiré l'attention sur les interdépendances fonctionnelles du pancréas et des parotides.

Dans cette étude très intéressante et qui contient tout l'historique et la bibliographie de cette question, C. M. relate la série d'expériences fort complète qu'il a effectuées sur des chiens à l'Institut de pathologie de Naples.

Ces expériences et leurs conclusions peuvent se résumer ainsi:

Si on provoque chez des chiens une tuméfaction parotidienne, on remarque la relation importante qui existe entre les parotides et la courbe de glycémie de l'animal. Cette courbe décroît avec le maintien de la tuméfaction, si la tuméfaction cesse la glycémie subit une notable ascension.

Chez les chiens dépancréatés, la tuméfaction parotidienne obtenue par ligature simple du canal de Sténon empêche moins la glycémie de s'élever que l'oblitération de tous les canaux d'excrétion réalisée par l'injection d'une masse à l'intérieur de ces canaux.

Les animaux traités préalablement par une semblable injection intracanaliculaire et qui font ainsi un gonflement parotidien acceptent, sans grand trouble et pendant plus longtemps, la suppression de leur pancréas que les chiens qui ont simplement subi la ligature du canal de Sténon. Les altérations histologiques parotidiennes observées chez de tels animaux sont des hypertrophies du tissu conjonctif de la glande. Ces hypertrophies aboutissent très lentement à la circonscription d'îlots glandulaires qui conservent, même après plusieurs mois, une morphologie sensiblement normale.

Il est très intéressant de retenir que la création artificielle de ces tuméfactions parotidiennes donne aux chiens dépancréatés une notable survie et surtout une importante diminution de leur glycémie. Cette diminution fut parfois si importante que, dans certains cas, le sucre sanguin a pu revenir à son taux normal. Mais il faut remarquer que cet abaissement du test glycémique fut toujours essentiellement transitoire.

Marcel Arnaud.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

Tanahasi. *Un cas d'adénopathie axillaire consécutive à une infection extra-génitale de lymphogranulomatose inguinale* (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. **40**, 20 Septembre 1936, n° 3, p. 113-116). — Un assistant de vénéréologie qui n'employait jamais de gants pour opérer des bubons inguinaux vit apparaître une tuméfaction des ganglions axillaires droits, quelque temps après avoir ressenti une légère sensibilité à la pression de la pulpe de l'index droit ; pas d'adénopathie cubitale. Le bubon axillaire augmenta progressivement de volume, recouvert d'une peau livide ; les douleurs assez vives au début diminuèrent ensuite d'intensité. Il ne s'agissait pas d'un gros abcès axillaire, mais plutôt de plusieurs petits abcès.

Il existait une fièvre rémittente, de l'anorexie et de l'amaigrissement.

La réaction de Frei fut positive, et celle d'Ito fut faiblement positive (bien qu'il n'y eût aucun chancre mou antérieur).

Des injections intraveineuses d'une préparation d'antimoine (stibnal) et des applications de rayons infra-rouges amenèrent la guérison presque complète en 2 mois 1/2.

T. insiste sur un symptôme nouveau qu'il a constaté chez ce malade et chez 21 autres cas de lymphogranulomatose, la *pollakiurie*, sans que l'urine présente la moindre altération.

R. Burnier.

Sano. *Etude expérimentale sur la distribution des sels d'or dans l'organisme* (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. **40**, 20 Octobre 1936, n° 4, p. 147-149). — S. a injecté à des lapins des doses de 5 à 10 cme d'une solution stérile à 3 pour 100 d'un hyposulfite d'or et de sodium préparé au Japon. Les doses ne sont donc pas comparables à celles qu'on utilise en clinique.

Ce sont les *lésions rénales* qui sont constantes et nettes, surtout au niveau des tubes contournés, dont les cellules bordantes sont tuméfiées et nécrotiques; les lésions des glomérules sont par contre minimes ou absentes. Les granulations auriques siègent surtout sur la membrane propre des tubes contournés, parfois dans les cellules épithéliales des tubes.

Plus légères sont les *lésions hépatiques :* le foie est congestionné et les cellules hépatiques plus ou moins altérées; les cellules de Kupfer sont tuméfiées et parfois tombées. Les granulations auriques occupent en amas ces cellules de Kupfer, on en trouve aussi dans les cellules hépatiques et les canalicules biliaires.

R. Burnier.

Koyama. *L'infection conjugale dans la lymphogranulomatose inguinale* (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. **40**, 20 Octobre 1936, n° 4, p. 149-150). — La maladie de Nicolas-Favre est rare chez la femme et l'infection entre époux paraît moins facile que dans les autres maladies vénériennes.

Sur 170 cas de lymphogranulomatose inguinale, K. nota seulement 9 cas de contagion conjugale. Les maris des femmes malades avaient tous un bubon inguinal et la durée d'incubation était d'environ 4 semaines.

Sur les 9 femmes malades, 7 avaient un bubon inguinal comme leur mari. Une femme n'avait pas de bubon, mais une ulcération rectale. Enfin, une autre n'avait ni bubon, ni lésion rectale, mais son Frei était positif.

Chez les 7 malades atteintes de bubon, on trouva la lésion primitive aux organes génitaux externes ; chez la malade atteinte d'esthiomène, on constata une ulcération du col utérin.

K. conclut que les femmes des malades atteints de maladie de Nicolas-Favre doivent toujours être soigneusement examinées.

R. Burnier.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

A. W. C. G. Kamering et C. L. C. Van Nieuwenhuizen. *Irrégularités du pouls dans les tumeurs du poumon* (*Nederlansch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **80**, n° 52, 26 Décembre 1936, p. 5726-5730). — En étudiant l'histoire de 36 sujets morts de carcinome pulmonaire, K. et N. ont constaté que 8 d'entre eux avaient présenté des anomalies soit au point de vue fréquence, soit au point de vue régularité. Les sujets présentant des extrasystoles auriculaires ou ventriculaires n'ont pas été compris dans ce dernier groupe, parce que ce symptôme peut être provoqué par une dégénérescence du myocarde et, par conséquent, sans rapport avec le cancer du poumon. Il résulte de ces observations que l'arythmie est un symptôme assez fréquent dans les néo-formations d'origine bronchique. Néanmoins, les observations de ce genre sont encore assez rares. La tachycardie et l'hypertension ont été signalées en cas de carcinome de l'œsophage (Harvier et Bariéty, Loeper, Riom et Perreau); Lechleitner a publié également trois cas de maladie de Bouveret accompagnant une tumeur du poumon.

Les malades de K. et N. n'ont jamais présenté de tachycardie auriculaire paroxystique vraie. Par contre, il s'agissait 6 fois de fibrillation auriculaire, une fois d'un accès vraisemblable de tachycardie sinusale et une fois de tachycardie ventriculaire paroxystique également vraisemblable. Dans la plupart des cas cette fibrillation survenait par accès brefs. En général, le diagnostic de carcinome bronchique a été fait avant qu'on ait constaté les irrégularités du pouls. Dans un cas cependant la tachycardie a débuté avant que la radiographie ait montré l'existence d'une tumeur et alors on pensa à tort que la toux était conséquence de phénomènes de stase pulmonaire. Chez un malade de Lechleitner il en fut de même, le diagnostic de cancer bronchique ne fut fait, chez une femme de 39 ans, que 4 mois après le début des accès de tachycardie paroxystique. Ainsi on devra penser à la possibilité d'une affection de ce genre quand, chez des sujets âgés, il survient des accès de tachycardie.

La pathogénèse de ce symptôme s'explique aisément par les constatations expérimentales faites au cours de ces dernières années par Lohr. Ce dernier est arrivé, en injectant de l'adrénaline à des animaux d'expérience et en s'arrangeant de manière à faire coïncider la phase vagale et la phase sympathique de ce médicament, à déclancher des accès de tachycardie paroxystique. Chez un des malades de K. et N., il fut d'ailleurs constaté des symptômes d'excitation du sympathique (exophtalmos et pupille plus large du côté malade que de l'autre). Dans deux autres cas, la pupille était également plus large du côté malade.

Le fait qu'il n'a pas été observé dans cette série de malades d'accès de tachycardie paroxystique auriculaire mais seulement de la fibrillation ne doit pas surprendre, car on doit, d'après K. et N., admettre aujourd'hui que ces deux états sont très voisins.

P.-E. Morhardt.

J. J. Jüngerans. *Intoxication aiguë par la nicotine* (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **81**, n° 1, 2 Janvier 1937, p. 21-24). — J. donne l'observation d'un homme de 21 ans qui fut occupé pendant quelques heures à pulvériser un liquide riche en nicotine sur des plantes. Cette préparation avait été faite en ajoutant, à 100 litres d'eau, 300 cme d'une solution à 98 pour 100 de nicotine. Déjà, le fait de plonger les mains dans le liquide avait provoqué des picotements assez pénibles et bientôt après avoir procédé à cette opération, le sujet commença à présenter des vomissements et à se sentir mal à l'aise. A l'arrivée à l'hôpital, on constata de la dyspnée, des tendances persistantes aux vomissements, un pouls très irrégulier, mais pas de cyanose ni de sialorrhée, ni de maux de tête. En dehors d'urobiline on ne trouva rien d'anormal dans les urines. On administra des tonicardiaques (cardiazol) et on procéda à un lavage d'estomac. Le lendemain, le malade se sentait bien; le pouls et la respiration étaient redevenus normaux. L'électrocardiogramme montrait cependant encore un peu d'irrégularité ainsi qu'un aplatissement et un dédoublement de l'onde P.

A la fin de cette observation J. rappelle qu'au point de vue pharmacologique la nicotine agit sur le système nerveux autonome, entre la région préganglionnaire et la région postganglionnaire, en déterminant des symptômes gastrointestinaux et nerveux. L'intoxication, au cours du traitement des plantes par la nicotine, peut se faire par la voie pulmonaire ou par les muqueuses, d'autant plus facilement que la quantité de liquide nécessaire pour provoquer une intoxication ne dépasse pas 20 ou 40 cme représentant, dans ce cas particulier, 50 à 100 milligr. de nicotine. Il est évident que, dans l'emploi de cette préparation en horticulture, on doit observer des précautions (masque à gaz, lavage des mains, etc.) pour éviter ces intoxications qui peuvent être mortelles.

P.-E. Morhardt.

H. Engelkes. *Hépatothérapie parentérale dans deux cas de thrombose des sinus* (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **81**, n° 1, 2 Janvier 1937, p. 25-31). — Après avoir rappelé les théories actuelles sur la formation des thromboses par un déséquilibre dans la formule protéinique du sérum, c'est-à-dire, en somme, par un déséquilibre dans les charges électriques des diverses molécules en suspension dans le sérum (sérine fortement négative, globuline faiblement négative et fibrogène neutre), E. montre que dans cet équilibre le foie joue un rôle particulièrement important. En effet, la vitesse de sédimentation et la coagulabilité du sang de la veine porte sont retardées par rapport à ce qui s'observe dans le sang des veines hépatiques, ce qui montre que le foie intervient activement dans ces phénomènes.

Il est donc tout indiqué, en cas de thrombose, de recourir aux extraits de foie, d'abord à titre prophylactique. E. s'est adressé à des extraits de ce genre dans deux cas apparemment désespérés de thrombose du sinus longitudinal supérieur.

Dans un cas, il s'agit d'un homme de 68 ans, atteint de chloro-anémie achylique, qui présente, sur le crâne complètement chauve, une tête de méduse formée par des veines gonflées et de l'œdème de toute cette région, symptômes qui font faire un diagnostic de thrombose primitive du sinus. Cette thrombose doit être rattachée vraisemblablement à l'anémie. Dans ce cas il n'existait ni ralentissement de la circulation ni facteur infectieux qui puissent être invoqués pour expliquer les phénomènes observés. Il fut procédé d'abord à des injections d'extrait de foie (campolon) à la dose de 3 cme deux fois par jour, puis, au bout de 15 jours, à l'administration *per os* d'un extrait (hépamult). L'amélioration se manifesta très rapidement et 15 jours après le début du traitement, l'œdème avait complètement disparu ainsi que les dilatations des veines.

Dans une seconde observation, la thrombose du sinus longitudinal supérieur paraît avoir été la conséquence d'une infection sinusale, dont les effets ont été favorisés par l'exsiccose consécutive à la diarrhée qui existait également. Dans ce cas, le traitement a consisté en injections d'extrait de foie (campolon) et d'un désinfectant (trypaflavine). Au bout de 15 jours de ce traitement la malade a présenté une amélioration considérable que E. attribue spécialement au foie.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL (Paris)

A. Baumgartner. ***L'indication opératoire dans les suppurations pulmonaires*** (*Le Bulletin médical*, t. **51**, n° 5, 30 Janvier 1937, p. 69-71). — Les abcès aigus simples qui ne sont pas guéris après 1 mois à 6 semaines et dont l'image radiologique ne montre pas un nettoyage complet doivent être confiés au chirurgien. La pneumotomie d'un abcès unique collecté est une opération simple, sans danger majeur. Pourquoi abandonner dans le poumon, au hasard d'une guérison spontanée, une vaste collection suppurée qui ne se modifie pas?

Dans les suppurations chroniques putrides, si, au bout de 2 mois de soins médicaux, l'amélioration n'a pas persisté, si l'état chronique s'installe, il faut intervenir. Le meilleur moment est une période de rémission. Ici, il faut pratiquer la pneumectomie, c'est-à-dire la résection du tissu malade; la simple ouverture du foyer ne suffit pas à obtenir une guérison définitive.

Dans la gangrène localisée, l'intervention doit se faire tôt après le début de l'affection, après la phase aiguë initiale, quand le tissu mort s'est séparé du reste du poumon, soit environ 15 jours à 3 semaines après le début. Si la mortalité opératoire dans ces gangrènes infectées est particulièrement élevée, c'est en raison de la gravité de la maladie.

Ces 3 types de suppurations ne sont pas toujours aussi bien tranchés, il existe beaucoup de cas intermédiaires. L'existence de dilatations bronchiques, de complications pleurales, de foyers multiples ne simplifie les choses. Ces complications marquent l'importance d'une action chirurgicale précoce.

Robert Clément.

A. Maurer et **J. Rolland.** ***Valeur de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Le Bulletin médical*, t. **51**, n° 5, 30 Janvier 1937, p. 71-73). — M. et R. apportent le résultat de leur expérience, datant de 10 ans, au cours desquels ont été pratiquées plus de 1.600 interventions thoracoplastiques sur 600 malades environ.

La thoracoplastie doit être réservée aux lésions fibreuses stabilisées, non évolutives, même très importantes, mais ne menaçant pas immédiatement la vie. Pour un malade donné, il est difficile de formuler en toute certitude un pronostic de résistance; les tests proposés ont fait faillite et on en est réduit à se fier à son « flair ».

La thoracoplastie ne fera jamais que lever les obstacles qui s'opposent à une guérison spontanée. Il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner. Si on lui doit des résultats thérapeutiques merveilleux et inespérés, il ne faut pas compter les multiplier en exigeant du médecin de plus en plus d'audace, et du chirurgien de plus en plus de virtuosité. Ce n'est pas en opérant des cas de plus en plus évolutifs qu'on élargira le domaine de la thoracoplastie, mais plutôt en lui confiant précocement les pneumothorax inefficaces ou insuffisamment efficaces.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

A. Sézary et **R. Tiffeneau.** ***L'érysipéloïde de Rosenbach*** (*Paris médical*, t. **27**, n° 3, 16 Janvier 1937, p. 52-59). — Il s'agit d'une lésion cutanée que l'on attribue au bacille du rouget du porc. L'affection n'est pas tellement rare puisque S. et T. ont pu en observer 4 cas en 5 mois.

C'est souvent un accident professionnel, survenant chez les sujets manipulant la viande, surtout la viande de porc, mais aussi les animaux de boucherie, le gibier, la volaille.

L'érysipéloïde survient le plus souvent à la suite d'une blessure, parfois minime et superficielle: piqûre, excoriation, etc. L'incubation dure en général 2 jours. La maladie débute par une papule rouge autour de la blessure initiale ou par une sensation de brûlure et de prurit à ce niveau. Les jours suivants, la papule s'élargit tandis que son centre pâlit et s'affaisse. Au bout d'une huitaine de jours, la partie centrale a repris une coloration normale, tandis que les arcs de cercle qui « ligotent » la lésion sont formés de papules rouge sombre, vineuses ou violacées.

La durée de l'affection est en moyenne de 15 à 18 jours. L'état général demeure excellent et le pronostic est très favorable. L'affection évolue spontanément vers la guérison. Les différentes thérapeutiques proposées ne semblent pas abréger sensiblement la durée de l'érysipéloïde.

La recherche du bacille du rouget dans les lésions cutanées, soit par l'examen direct, soit par culture, est le plus souvent infructueuse. La technique qui semble donner le plus de résultats positifs est l'enrichissement, dans un milieu favorable, d'un fragment de peau prélevée par biopsie dans la zone d'accroissement. L'inoculation au pigeon a donné quelques succès. L'hémoculture est toujours négative, les réactions humorales n'apportent que des résultats inconstants.

Les intra-dermoréactions aux filtrats de culture ou aux corps microbiens chauffés ou à l'endoprotéine donnent souvent des réactions positives.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

Chevallier, F. Carcassone et **Luccioni.** ***Le traitement des brûlures par les applications de vitamine A*** (*Le Progrès médical*, année **68**, n° 3, 16 Janvier 1937, p. 89-90). — Cinq brûlés par des jets de vapeur, présentant des brûlures de 2e et 3e degré, ont été traités, après décapage chirurgical, nettoyage et ébarbage des plaies, par des applications alternées de bleu de méthylène à 1 pour 4.000 et de vitamine A diluée dans l'huile de foie de morue. Au début, après les attouchements, la plaie est maintenue à l'air sur des draps stériles; ensuite, on applique des pansements renouvelés toutes les 48 heures.

Chez ces 5 blessés, on a constaté la rapidité de la cicatrisation, la qualité de la cicatrice et une action sur l'état général et la courbe thermique.

Le bourgeonnement de la plaie est très intense; la cicatrisation paraît accélérée tout en restant parfaitement ordonnée.

La parfaite souplesse de la peau de remplacement n'entraînant aucune gêne fonctionnelle est une des choses les plus remarquables observées avec ce traitement des brûlures.

Les brûlés ont très rapidement récupéré une diurèse normale et régularisé leur température. On peut admettre que le principe actif de la vitamine A a une action sur la récupération rapide du bon état général.

C., C. et L. estiment qu'aucune autre méthode de traitement des brûlures ne leur a assuré des résultats aussi satisfaisants que les applications de vitamine A.

Robert Clément.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

J. Basquet, M. Machebœuf et **E. Wollman.** ***Etudes biologiques effectuées grâce aux ultra-pressions: Recherches sur les microbes pathogènes et leurs toxines, sur les virus invisibles, les bactériophages et les tumeurs malignes*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **58**, n° 1, Janvier 1937, p. 58-77). — Comme d'autres agents physiques, les pressions très élevées peuvent détruire les micro-organismes et les cellules des animaux supérieurs; elles peuvent également modifier certains protéides et inactiver les diastases et les toxines microbiennes.

Les cellules des animaux supérieurs et les cellules néoplasiques sont tuées par des pressions assez peu élevées de l'ordre de 1.800 atmosphères.

Les virus invisibles résistent à 1.000 et à 2.000 atm., mais sont inactivés par des pressions plus élevées généralement inférieures à 5.000 atm.

Les bactériophages se comportent d'une façon analogue.

Les bactéries non sporulées résistent à 4.000 et 5.000 atm. mais sont tuées si la pression s'élève vers 6.000.

Les protéides étudiés ne sont pas dénaturés par des pressions inférieures à 7.000 atm. Au delà, les globulines du sérum sanguin et du blanc d'œuf sont coagulées irréversiblement. Les albumines au contraire ne présentent pas de modifications apparentes.

Les diastases et les toxines microbiennes ne sont pas modifiées au-dessous de 9.000 atm.; elles sont atténuées entre 10 et 15.000 atm., elles sont inactivées si la pression est suffisante, souvent voisine de 19.000 atm.

Les spores bactériennes sont les éléments les plus résistants. On n'a pu tuer les spores de *B. subtilis*, même en les soumettant à des pressions de 20.000 atm.

Les greffons cancéreux ne prennent plus s'ils ont été soumis à une pression très faible (1.800 atm.).

La spécificité anaphylactique d'un sérum est modifiée par une pression de l'ordre de 4.500 atm. alors que les antitoxines contenues dans un sérum antitoxique ne sont pas atténuées même par des pressions notablement supérieures.

Ces recherches présentent un gros intérêt au point de vue biologique et il en découlera peut-être des résultats pratiques notamment dans la préparation des sérums thérapeutiques.

Robert Clément.

ANNALES DE MEDECINE LEGALE (Paris)

Uzac. ***Accidents produits par l'électricité sur un réseau de chemins de fer électrifié. Réflexions à propos de 105 observations*** (*Annales de Médecine légale*, an. **16**, n° 9, Novembre 1936, p. 505-579). — Les accidents d'électrocution observés à la Compagnie des Chemins de Fer du Midi ont fait en 1933, à Bordeaux, l'objet de la thèse de M. Rampont, et le présent travail est documenté par les procès-verbaux des accidents constatés au cours de ces quinze dernières années, au nombre de 105, à la même Compagnie. C'est dire la valeur documentaire de ce long mémoire que nous tenons à signaler mais qu'il est difficile d'analyser, les conclusions qui le terminent étant elles-mêmes beau-

coup trop étendues pour que nous puissions les rapporter.

Les accidents sont groupés suivant l'intensité du voltage :

1° 60.000 volts alternatif : 8 cas, tous mortels. Le courant phase-terre de 33.000 volts établi par l'accidenté le place dans un arc électrique qui brûle les parties découvertes et enflamme les vêtements. D'autres brûlures encore, par effet Joule, au point de contact. Dans 2 cas la chute a déterminé une fracture du crâne. On ne voit point les effets de syncope et d'inhibition mortelle des courants de moindre voltage. Les électrocutés succombent à l'intensité de leurs brûlures, soit immédiatement (2 cas), soit dans un délai de 12 à 24 heures sans qu'il y ait eu perte de connaissance (5 cas) ou après réanimation (1 cas).

2° 16.000 à 10.000 volts alternatif : 11 cas, 5 mortels, 6 avec survie. Avec ces tensions moindres, encore amoindries par le courant phase-terre établi par l'accidenté, la mort n'est plus attribuable aux brûlures qu'une fois, tandis qu'elle a été immédiate ou apparente, par inhibition, sans réanimation possible, pour les 4 autres électrocutés qui ne présentaient pas de brûlures. Les 6 cas non mortels sont, au contraire, des cas de brûlures, une fois par voisinage, les autres par effet Joule, au point de contact.

3° 1.500 volts continu (courant de traction). C'est la cause habituelle : 75 cas dont 49 légers, 9 graves quoique non mortels, 17 mortels. Les cas légers sont des cas de brûlures. Les cas graves comportent une association de brûlures locales et de mort apparente; la réanimation ayant été obtenue par la respiration artificielle. Les 17 morts sont dues à l'inhibition, les brûlures n'existant pas ou n'étant que localisées.

4° 250 volts ou moins. 11 cas. Pas de mortels, brûlures, états syncopaux, mort apparente dont triomphe la respiration artificielle.

L'étude de la nature des accidents : lésions locales, brûlures par l'arc ou par l'effet Joule, mort apparente, la réanimation ayant été obtenue par la congestion viscérale, est suivie de celle de la prévention des accidents.

Cette prévention comporte toute une partie technique et administrative ; au point de vue médical l'action efficace possible est celle qui tend à réanimer l'électrocuté en état de mort apparente par la respiration artificielle qui donne 50 pour 100 de succès et que tous les agents de la Compagnie savent pratiquer immédiatement.

P. Grisel.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

P. Brocq et **J. Varangot.** ***Les modifications de la glycémie dans la nécrose aiguë du pancréas. Etude critique de leur valeur diagnostique et pronostique*** (*Journal de Chirurgie*, t. 49, n° 2, Février 1937, p. 177-220). — Le diagnostic de nécrose aiguë du pancréas est, cliniquement, rarement établi : sur 468 cas, diagnostic ferme 39 cas, diagnostic conjectural 192 cas. Comme il mène, d'après les tendances actuelles, à l'abstention opératoire, il est important de lui trouver des preuves décisives que l'on a cherchées naturellement dans l'étude des sécrétions interne et externe que l'on ne peut que supposer modifiées par la nécrose. Impossible d'avoir recours au tubage duodénal ; il reste à rechercher : 1° dans le sang et dans les urines le passage des ferments pancréatiques détournés de leur voie habituelle; 2° dans le sang, les conséquences hyperglycémiques de la suppression de l'action glyco-régulatrice du pancréas endocrine.

Une étude expérimentale s'imposait et B. et V. ont, ainsi que l'avait fait, en 1924, Calzavarra, produit la nécrose pancréatique chez le chien par l'injection de bile dans le canal pancréatique ; mais alors que Calzavara avait trouvé une hyperglycémie 13 fois plus forte que la normale, dans les 6 premières heures, ils n'ont, eux, comme d'autres, rien observé. Mais cette hyperglycémie existe chez le malade atteint de nécrose pancréatique aiguë et il faut attribuer cette divergence à ce que le pancréas du chien expérimenté est normal, tandis que celui du malade était déjà atteint de pancréatite chronique dont l'insuffisance fonctionnelle latente se trouve mise en évidence par la poussée aiguë.

Des chapitres sont successivement consacrés à la recherche de la glycosurie dans les cas de nécrose pancréatique où elle s'est montrée inconstante, au taux normal de la glycémie, à l'hyperglycémie légère post-opératoire, à l'épreuve de glycémie provoquée.

L'hyperglycémie à jeun a été recherchée dans 76 cas (2 personnels, 2 post-traumatiques) de nécrose pancréatique et constatée dans 9/10 d'entre eux, sa valeur diagnostique ne faisant ainsi aucun doute.

L'épreuve de la glycémie provoquée, plus sensible que celle de l'hyperglycémie à jeun, faite dans 21 cas, a été trouvée positive en observant que ce n'est pas tant le taux élevé que la persistance de l'élévation qui importe.

Malheureusement c'est une épreuve longue à réaliser en présence d'un syndrome abdominal demandant une décision rapide et l'hyperglycémie à jeun est au contraire réalisable en moins d'une heure.

On a donné, sans preuves décisives, plusieurs hypothèses expliquant cette hyperglycémie : glycogénolyse du foie par l'amylase passée dans le sang ; suppression de l'insulino-sécrétion ; destruction de l'insuline par la trypsine activée mise en circulation ; action hyperglycémiante du shock, de la douleur, de l'irritation péritonéale déterminés par les lésions pancréatiques.

En sens opposé, von Bergmann, Brinck, ont signalé des cas avec une hypoglycémie que B. et V. n'admettent pas comme dépendant de la crise pancréatique aiguë.

En réponse à la supposition que l'hyperglycémie à jeun ou provoquée pourrait être produite par un autre syndrome abdominal, B. et V. avec Krotoski admettent que seule la nécrose aiguë est capable de donner une hyperglycémie supérieure à 2 grammes, qui seule a une valeur diagnostique.

Enfin, on peut se trouver en présence d'un diabétique avec les combinaisons suivantes :

Diabète ignoré avec syndrome abdominal aigu et chances très grandes d'erreur diagnostique.

Douleurs abdominales violentes à la phase précomateuse; le diabète est alors connu, s'accompagne de glycosurie et d'acidose.

Coma diabétique provoqué par la nécrose aiguë (10 cas), la nécrose ayant été dans quelques cas la cause aggravante d'un diabète encore ignoré.

La seconde série d'épreuves fonctionnelles du pancréas, en cas de syndrome abdominal aigu, recherche les ferments spécifiques du pancréas, soit dans les urines, soit dans le sang.

La recherche de la *trypsine* dans l'urine n'a encore été qu'expérimentale.

La recherche de la *lipase* est sérique, ses bases physiologiques sont discutées, et la lipase atoxyl-résistante n'est pas forcément d'origine pancréatique.

B. et V. après l'exposé des techniques décelant soit la lipase atoxyl-résistante (A.-R.), soit la lipase dédoublant la trioléine, et de leur valeur diagnostique, concluent : La recherche de la lipase A.-R., longue, difficile, non sans valeur dans les affections pancréatiques chroniques, n'est pas pratiquement utilisable dans la nécrose aiguë.

La recherche de *l'amylase*, dans l'urine ou le sérum, par les méthodes de Wohlgemuth, ou viscosimétrique d'Elman et Mac Caughan, est elle aussi discutable au point de vue physiologique. Par contre, dans les nécroses expérimentales, Branisteanu et Boutroux, Solgiu, Clasen, Johnston et Orr, ont toujours trouvé une forte amylasémie dont il n'est pas possible, actuellement, de donner une explication univoque et satisfaisante.

Chez l'homme, l'excès d'amylase sanguine est immédiatement éliminé par le rein et on n'observe pas l'amylasémie. On recherche l'amylasurie que l'on dose en unités Wohlgemuth. La critique des observations amène B. et V. aux conclusions suivantes : le dosage de l'amylasurie est une méthode de valeur, rapide, mais inconstante, qui ne fixe le diagnostic que pour des résultats supérieurs à 1.000 unités Wohlgemuth.

Peut-on garder l'attitude temporisatrice, en faveur actuellement, dans la nécrose pancréatique, en présence d'un syndrome abdominal aigu, en se fiant à l'hyperglycémie ou à l'hyperamylasurie constatées ? B. et V. ne pensent cette expectative justifiée que si la nécrose aiguë pancréatique est vérifiée par la coexistence des 2 résultats positifs : hyperglycémie à jeun de 2 gr. au moins avec amylasurie de plus de 1.000 unités Wohlgemuth.

Ils cherchent ensuite, pour les cas de nécrose pancréatique reconnue, à en établir le pronostic d'après le taux de la glycémie à jeun et ils admettent un rapport direct : pronostic favorable pour une hyperglycémie absente ou légère, pronostic presque toujours fatal pour une hyperglycémie dépassant 2 gr. 50, les dosages multipliés permettant de dépister les rechutes et les reprises du processus nécrotique.

La cicatrice indélébile que laisse derrière elle toute poussée de nécrose pancréatique sera cause de troubles persistants de la sécrétion interne qui se traduiront soit par un diabète avéré, soit par des troubles latents du métabolisme des hydrates de carbone qu'il faudra rechercher par l'épreuve de la glycémie provoquée.

P. Grisel.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

P. Dervillée, L. Lansac-Fatte et **J. Souterbicq.** ***Les modifications chimiques du sang au cours de l'intoxication expérimentale par la phénylhydrazine*** (*Le Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **114**, nos 1-2, 2-9 Janvier 1937, p. 17-27). — Il y a discordance entre les résultats expérimentaux et les constatations cliniques faites après administration de phénylhydrazine. Les grosses perturbations sanguines constatées chez l'animal après l'administration de fortes doses de phénylhydrazine ne sont pas observées chez l'homme à la suite d'un traitement rationnellement conduit. Cela tient à ce que les doses sont très différentes d'une part, et d'autre part, que la médication est utilisée chez l'homme par voie digestive et chez l'animal par voie parentérale.

Les expériences poursuivies par D., L.-F. et S. chez le lapin en utilisant des doses voisines des doses thérapeutiques n'ont pas révélé de variations importantes des taux de la glycémie et de la bilirubinémie. Il y a une légère élévation du taux de la bilirubine dans le sang, proportionnelle à la quantité de phénylhydrazine injectée et persistant ou même augmentant après les injections, mais avec des doses voisines des doses thérapeutiques, ces modifications sont négligeables.

Cependant, il semble prudent, chaque fois que l'on doit instituer un traitement prolongé à la phénylhydrazine, de suivre régulièrement l'évolution du chimisme sanguin, notamment de la glycémie, de la cholestérolémie et de la bilirubinémie.

Robert Clément.

TOULOUSE MÉDICAL

F. Caujolle et **G. Canal**. ***La toxicité du nickel pour les vertébrés supérieurs (Doses toxiques et doses léthales)*** [*Toulouse-Médical*, t. **38**, n° 2, 15 Janvier 1937, p. 33-42]. — C. et C. passent en revue les résultats expérimentaux obtenus par l'administration du nickel ou de ses dérivés chez le pigeon, le rat, le cobaye, le lapin, le chat et le chien, par voie entérale, intra-veineuse ou sous-cutanée.

Un grand nombre d'auteurs ne se sont pas suffisamment attachés au degré de pureté des composés du nickel employés. On ne peut pas toujours déterminer la nature exacte de la substance mise en œuvre.

Une quantité déterminée de sels de nickel est d'autant mieux tolérée que son administration est répartie sur un plus grand nombre d'injections, largement espacées dans le temps.

L'action toxique du nickel sur le système nerveux central est très forte et la voie intra-cérébrale est la plus redoutable. Même à faibles doses, la voie intra-veineuse est très agressive. On peut admettre que pour le chien, la dose mortelle de nickel-métal, en une injection unique et rapide, sous forme de sel hydro-minéral, doit être inférieure à 20 milligr. par kilogramme, et supérieure à 10 milligr.

La voie hypodermique est moins redoutable.

Une ingestion unique de sels de nickel ne détermine d'accidents qu'à doses élevées; le nickel ne doit pas être considéré comme un toxique au sens absolu du mot. Le nickel est bien moins toxique que le plomb, mais nul ne peut affirmer qu'une imprégnation longtemps poursuivie par ce sel serait sans danger.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

D. Adlersberg et **M. Wachstein**. ***Pancréas et métabolisme du sel de cuisine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 3, 16 Janvier 1937, p. 85-88). — Une série de recherches ont conduit à admettre l'existence d'interrelations caractérisées entre le métabolisme des hydrates de carbone et celui du chlore. A. et W. ont été ainsi amenés à procéder d'abord à une série de recherches expérimentales au cours desquelles ils eurent recours à des chiens soit de petite taille (6 à 8 kilogr.), soit de grande taille (15 à 20 kilogr.). Après avoir pratiqué chez ces animaux l'extirpation du pancréas, ils procédèrent à l'examen des modifications humorales provoquées par cette intervention.

Tout d'abord ils constatèrent, fait déjà noté par divers auteurs, que, quand il s'agissait de petits chiens, la mort survenait en 3 à 5 jours. Cette mort est due, comme les analyses l'ont clairement établi, à un coma hypochlorémique; le chlore du sang passe, par exemple, de 365 ou de 350 milligr. à 205 ou 195 milligr. Inversement l'azote résiduel passe de 50 ou de 25 à 110 ou 250 milligr. Cette chloropénie s'accompagne d'une augmentation considérable d'excrétion du sel de cuisine par les reins. Par ailleurs, la laparotomie n'a, par elle-même, pas d'effets très appréciables sur les échanges du chlorure de sodium. Ainsi, c'est bien l'extirpation du pancréas qui est en cause dans le phénomène observé.

Chez les animaux qui ne sont pas morts rapidement, on a procédé à des recherches pour déterminer les effets de l'extirpation du pancréas sur les échanges d'hydrates de carbone. On a constaté ainsi que, pendant la période de la chloropénie, la sensibilité pour l'insuline diminue fortement. Malgré 20 à 48 unités d'insuline, le sucre du sang reste à un taux de 254 ou de 334 milligr. et la glycosurie atteint 10 ou 19 gr. Au bout de 10 jours, le chlorure du sang avait repris sa valeur normale en même temps que la chlorémie s'abaissait et que la glycosurie disparaissait. L'insuline devait alors être nettement réduite pour éviter les états d'hypoglycémie.

On a également constaté qu'une réduction du sel de cuisine dans le régime diminuait la sensibilité pour l'insuline de l'animal pancréatectomisé. Ainsi pendant des périodes sans insuline on a constaté qu'un régime sans sel diminuait l'utilisation des hydrates de carbone alors qu'un régime salé l'améliorait.

Des recherches semblables ont été poursuivies chez des diabétiques, mais les résultats n'ont pas été significatifs. Il est possible que la dose de chlorure de sodium administrée (15 à 30 gr.) par jour n'ait pas été suffisante bien que les malades les aient fréquemment refusées parce qu'elles provoquaient des symptômes pénibles. Dans un cas de diabète compliqué de gangrène cependant, l'adjonction de 20 gr. de sel paraît avoir permis de réduire la dose d'insuline de 100 à 70 unités.

Il semble, malgré les résultats à peu près négatifs constatés chez les malades, qu'on soit en droit d'admettre que le pancréas joue un rôle important dans la régularisation des échanges du chlore et que la sensibilité pour l'insuline dépend précisément de ces échanges.

P.-E. Morhardt.

Ferdinand Frimberger. ***La sédimentation minima du sang et ses relations avec le nombre des érythrocytes et la teneur en hémoglobine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 3, 16 Janvier 1937, p. 90-93). — On a souvent cherché à obtenir, par la sédimentation des globules rouges du sang, des renseignements sur le nombre des érythrocytes et sur la proportion de l'hémoglobine. On a ainsi cherché à établir une relation entre les données fournies par la sédimentation en 1 heure et celle de la sédimentation terminale observée au bout de 24 heures. Mais ces tentatives n'ont pas eu de résultats.

Parmi les facteurs qui interviennent dans la sédimentation, il en est, pour F., 3 principaux: la faculté d'agglutination des érythrocytes, les propriétés du plasma et, enfin, la teneur du sang en érythrocytes. Sous l'influence du plasma, les globules rouges du sang tendent à occuper spontanément un espace aussi réduit que possible, la « sédimentation minima », qui correspond d'une façon tout à fait générale à la teneur du sang en érythrocytes.

En procédant à des recherches sur 55 échantillons de sang citraté dont la teneur en hémoglobine avait été déterminée par la méthode d'Autenrieth, il a été ainsi constaté tout d'abord, que la hauteur de la colonne d'érythrocytes n'est pas, au bout d une heure, très différente de celle qu'elle sera au bout de 24 heures. En moyenne, cette différence n'est que de 19,5 pour 100. Ces recherches ont permis de calculer que la sédimentation minima correspond, par millimètre, à une teneur en hémoglobine de 2,407 pour 100 et en érythrocytes de 0,1092 million. La sédimentation minima occupe à ce moment 45,79 mm. Ce chiffre est assez peu différent de 43 pour 100, proportion qui représente le volume des érythrocytes par rapport à celui du sang. Il a pu être constaté d'ailleurs que les variations de la sédimentation minima constituent une fonction de la masse des érythrocytes. En rangeant le sang par ordre décroissant de la sédimentation minima, on arrive à mettre ce fait en évidence. D'un autre côté la grandeur de l'écart constaté est proportionnelle à la teneur en hémoglobine, tout au moins quand on utilise un hémomètre convenablement corrigé.

La détermination de cette sédimentation minima a des avantages pratiques. Aucune cause d'erreur subjective ne peut intervenir. La leucocytose ne gêne pas, car on voit facilement les leucocytes se rassembler au sommet de la colonne d'érythrocytes. La sédimentation minima peut donc être utilisée pour déterminer les effets du traitement de l'anémie sévère. En outre, cette donnée est obtenue très simplement. La seule chose qui soit nécessaire est de construire une pipette qui permette de procéder simplement à cette détermination.

P.-E. Morhardt.

Viktors Kalnins. ***La détermination de la teneur en vitamine C du cerveau humain par la méthode du test dentaire*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 3, 16 Janvier 1937, p. 93-96). — Après avoir eu l'occasion de prouver que la vitamine C, en même temps qu'elle améliore parfois la pyorrhée alvéolaire, fait disparaître une série de symptômes nerveux (fatigue, nervosité, mal de tête, inappétence), K. s'est demandé si cette vitamine n'avait pas une fonction spéciale dans le système nerveux et pour cela, il a procédé à une série de recherches sur des cobayes soumis à un régime dépourvu de vitamine C. Une fois que les symptômes du scorbut avaient ainsi apparu, les animaux étaient traités soit par de l'acide ascorbique, soit par des émulsions de substance cérébrale d'enfant ou d'adulte. Les animaux-témoins qui n'avaient pas subi le traitement sont d'ailleurs tous morts en moins de 12 jours avec des symptômes de scorbut très caractéristiques (atrophie et dégénérescence des odontoblastes, cessation de la néoformation dans les dents, hémorragie et dégénérescence de la pulpe).

Chez 2 cobayes traités pendant 15 jours avec du cerveau d'enfant, on a, par contre, constaté une guérison vraiment complète avec disparition de tous les signes cliniques et anatomo-pathologiques. La disparition des signes dentaires du scorbut a été particulièrement complète et on peut admettre que 6 cmc d'émulsion de cerveau d'enfant ont eu des effets meilleurs que 1,5 milligr. d'acide ascorbique.

Le cerveau d'adulte a des effets beaucoup moins nets. Les signes dentaires persistent davantage et avec 6 cmc d'émulsion on n'arrive pas à une guérison complète. L'examen histologique des dents donne, en pareil cas, le même résultat qu'on observe après 0,5 milligr. d'acide ascorbique.

Ces recherches montrent que 1 gr. de la substance cérébrale représente 0,75 milligr. d'acide ascorbique quand elle provient d'un adulte et plus que 0,5 gr. quand elle provient du nourrisson.

P.-E. Morhardt.

Paul Sunder-Plassmann et **Konrad Müller**. ***La maladie de Raynaud et le système neuro-végétatif hormonal*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 5, 30 Janvier 1937, p. 152-156). — S.-P. et M. donnent l'observation d'une femme de 27 ans présentant des troubles vasculaires sévères des mains. Ces troubles existent depuis une dizaine d'années et sont surtout marqués après le travail dans l'eau froide. Actuellement, les mains présentent d'une façon symétrique une coloration bleu foncé-violet presque noir et sont très grosses par rapport à la taille infantile de la malade. Dès que la malade touche un objet froid comme, par exemple, le fer du lit, ses doigts deviennent en très peu de temps tout à fait blancs et il survient une sensation de brûlure et de fourmillement. Cet état dure de 10 à 15 minutes sans modification du pouls.

Des recherches ont été poursuivies chez cette malade d'abord au point de vue des échanges d'hydrates de carbone. La glycémie à jeun est très basse (63 à 69 milligr.); l'administration de 40 gr. de glucose provoque une élévation de 160 pour 100 et l'adrénaline une courbe analogue à celle qui est observée dans l'insuffisance des surrénales. Le calcium du sang a varié de 15,2 à 17,2 milligr. L'examen interférométrique a montré une élévation considérable de la désintégration des parathyroïdes et aussi de la thyroïde. L'examen aux rayons

Röntgen n'a permis de déceler rien d'anormal et les reins fonctionnent normalement.

On procéda, pour compléter l'examen, à une injection de novocaïne dans les deux ganglions étoilés. Aussitôt, l'irrigation des mains s'améliora si bien qu'elles devinrent aussi chaudes que celles d'une fébricitante, puis la patiente éprouva un sentiment d'anéantissement qui dura 5 minutes et qui fut suivi d'un sentiment de chaleur et de bien-être. Au bout d'une heure et demie, les mains recommencèrent à prendre leur teinte cyanosée. Le résultat de cet examen amena à pratiquer l'extirpation du ganglion étoilé gauche, opération qui eut un effet immédiat et qui fut suivie, un mois plus tard, de l'extirpation du ganglion étoilé droit. Un examen de la malade pratiqué quelques mois plus tard montra que les mains reprenaient, sous l'influence de la température extérieure, une teinte cyanosée, bien moins marquée cependant que celle qui était observée auparavant.

L'examen des ganglions extirpés a été fait avec la méthode de l'imprégnation telle qu'elle a été pratiquée par Bœke et par Stöhr. Cette méthode est d'ailleurs délicate si on ne veut pas prendre un amas d'argent et des précipités nuageux pour des phénomènes pathologiques. Les préparations ainsi faites ont montré des altérations nettes dans presque toutes les cellules ganglionnaires et dans leur noyau, alors que les fibres nerveuses paraissaient normales. Ces altérations étaient constituées par des vacuoles s'étendant aussi bien dans les corps que dans les noyaux des cellules ganglionnaires. On a constaté également la production apparente de cavités dans le plasma. Dans certains cas, des noyaux de la capsule envahissaient le corps des cellules ganglionnaires. A un stade plus avancé de la maladie on constate nettement, surtout à un grossissement de 2.000 diamètres, une subdivision du neuroplasme en petits kystes, de la pyknose et une répartition anormale du pigment. Des lésions de ce genre n'ont été observées jusqu'ici que dans 4 cas opérés par K.-H. Bauer, par Braeuker, par Coenen et par Rieder. On est donc en droit de considérer que, dans cette affection, il y a vraisemblablement un état d'irritation des cellules ganglionnaires.

De nouvelles recherches pratiquées chez la malade, 4 à 5 mois après l'intervention, ont montré d'abord que la glycémie à jeun est beaucoup plus élevée qu'auparavant, que le calcium du sang s'est abaissé à 12 milligr. 6. Néanmoins l'opération n'a pas rétabli complètement l'équilibre hormonal et il faut admettre, par conséquent, que la maladie de Raynaud intéresse non seulement une section mais l'ensemble du système végétatif.

P.-E. Morhardt.

Hermann Barth. *Otite moyenne aiguë et diabète* (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 6, 6 Février 1937, p. 198-201). — Il a été traité à la clinique d'oto-rhino-laryngologie de la Charité de Berlin, entre le 1er Avril 1931 et le 31 Mars 1935, un total de 472 malades atteints d'otite dont 24 diabétiques. A partir du 1er Avril 1935, 6 autres diabétiques ont été traités pour otite. La plupart de ces malades étaient âgés de 40 à 69 ans.

Dans l'ensemble, les otites ont pu être soignées par la méthode conservatrice dans 29 pour 100 des cas. Chez les diabétiques, la méthode conservatrice n'a suffi qu'une seule fois (3 pour 100).

Sur 378 examens bactériologiques on a trouvé 214 fois (67 pour 100) un streptocoque hémolysant, 61 fois un pneumocoque (19 pour 100) et 43 fois un *pneumococcus mucosus* (13,5 pour 100). Ce dernier augmente nettement de fréquence avec l'âge. Mais il est particulièrement fréquent chez les diabétiques, chez qui il a été retrouvé 12 fois sur 25 (48 pour 100). Ce microbe à évolution lente serait ainsi caractéristique de l'otite chez ces malades.

L'opération a été autant que possible retardée de quelques jours pour mettre les malades à un régime approprié. L'anesthésie a été pratiquée, en général, au chlorure d'éthyle-éther, sauf quand il y avait des troubles circulatoires et alors on a eu recours à l'anesthésie locale. Ces interventions ont permis de constater que l'otite moyenne nécrotique observée autrefois serait devenue plus rare depuis l'emploi de l'insuline. En ce qui concerne l'évolution des plaies, on a constaté dans quelques cas qu'il s'installait rapidement une suppuration persistante. Dans un cas il s'est développé un phlegmon du cou.

Parmi les complications on doit mentionner la participation du sinus dans 7 cas dont 1 avec thrombose. Cette complication a donc été observée 23 fois sur 100 chez les diabétiques alors que chez les autres malades elle ne s'observe que 10 fois sur 100.

La labyrinthite a été observée 3 fois et les malades qui en furent atteints sont tous morts. C'est là également une proportion élevée puisque cette complication n'a été observée que chez 9 malades non diabétiques. En somme les complications graves ne sont pas rares chez les diabétiques et d'ailleurs 6 de ces malades sont morts (20 pour 100), alors que chez les non-diabétiques la mortalité ne s'élève qu'à 2,8 pour 100 ou, en tenant compte de l'âge en moyenne plus élevé du diabétique (40 à 69 ans), à 6,28 pour 100.

P.-E. Morhardt.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

A. A. Tarkhan. *La question de l'action hormonale de l'épiphyse* (*Endokrinologie*, t. **18**, nos 4/5, Janvier 1937, p. 234-242). — Divers auteurs ont cru avoir établi au cours de ces dernières années que, soit par injection d'extrait d'épiphyse, soit par greffe de cette glande, on arrive à exercer une action caractéristique sur la sphère génitale. Mais les résultats ainsi obtenus sont contradictoires, et T. a procédé sous la direction de Romeis à une série de recherches destinées à élucider la question.

Au cours d'expériences qui ont porté sur des souris femelles dont le cycle génital, suivi depuis longtemps, était régulier, on a procédé à la castration puis, une semaine plus tard, à la greffe, en proportions variables, d'épiphyse de veau femelle. Ces animaux restèrent à la phase du diœstrus qui est de règle après castration. Une nouvelle implantation d'épiphyse de taureau resta également sans effets. Des injections d'extrait d'épiphyse n'eurent pas plus d'action. Par contre l'injection d'un extrait d'ovaire (progynon) a fait survenir facilement un rut complet avec frottis vaginal typique, à l'inverse de ce qui fut observé chez les souris traitées seulement par l'épiphyse et chez lesquelles on n'a rencontré aucune trace de kératinisation des cellules vaginales. En somme les épiphyses de veau et de taureau de même que les injections d'extrait ne permettent pas de faire apparaître la réaction caractéristique.

Au cours d'une seconde série d'expériences, on a commencé, aussitôt après la castration, à traiter les animaux par des injections d'extrait d'épiphyse, les témoins étant soumis à des injections d'hormone ovarienne: là encore, il n'a pu être obtenu, par l'extrait d'épiphyse, aucune modification de la muqueuse vaginale. Enfin, chez des souris normales, on a pratiqué la greffe d'épiphyse provenant des rats. Dans 1 cas sur 6, le cycle sexuel a été inhibé d'une façon persistante sous l'influence de cette implantation.

Ainsi T. arrive aux mêmes conclusions négatives que Fleischmann et Goldhammer d'après qui la glande pinéale serait dépourvue d'action œstrogène. Cependant, ces derniers auteurs ont réussi, plus souvent que T., à inhiber, par implantation d'épiphyse de rat infantile, le cycle sexuel et spontané des souris adultes. Avec des épiphyses d'animaux infantiles qui seraient plus actives que celles des animaux adultes, T. n'a cependant pas obtenu d'effets caractéristiques. Il n'est donc pas établi non plus que cet organe produise une hormone antagoniste de l'hormone sexuelle.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT FUR UROLOGISCHE CHIRURGIE UND GYNÆKOLOGIE
(Berlin)

Max Schneider et **Egon Wildbolz** (Göttingen et Berne). ***Décapsulation, énervation du rein et circulation rénale*** (*Zeitschrift für urologische Chirurgie und Gynäkologie*, t. **43**, fasc. 1, 18 Janvier 1937, p. 1 à 12). — S. et W. ont étudié, chez le chien, le débit du sang dans le rein après son énervation et sa décapsulation. L'animal est endormi avec du « Morphinpernocton » qui n'exerce aucune influence sur l'appareil circulatoire. On chauffe, par un courant de haute fréquence, artère ou veine rénale en un point déterminé de leur trajet; on mesure l'élévation de température du sang grâce à deux sondes thermo-électriques placées de part et d'autre du point chauffé. Cette élévation de température est inversement proportionnelle au débit du sang dans le vaisseau (Thermostromuhr de Rein).

Ces expériences ont abouti aux conclusions suivantes: l'énervation du rein, qu'il est facile de réaliser en sectionnant les filets nerveux dans la région du hile, fait subir au débit du sang dans le rein une augmentation de 65 à 145 pour 100 de sa valeur primitive.

Si, à l'énervation on joint la décapsulation, on augmente encore le débit de 20 pour 100. A elle seule la décapsulation ne fait subir, au débit primitif du sang dans le rein, qu'une augmentation de 20 pour 100. Les causes de cette augmentation de débit par la décapsulation ne peuvent encore être déterminées.

G. Wolfromm.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

J. Bottin et **A. Steenbruggen** (Liège). ***La réaction de Wohlgemuth dans les affections aiguës du pancréas. Etude préparatoire de la réaction dans l'urine*** (*Le Scalpel*, t. **90**, n° 5, 30 Janvier 1937, p. 143-153). — Dans certaines circonstances, notamment dans les affections aiguës du pancréas, telles que la pancréatite hémorragique, le temps manque pour faire la recherche des épreuves fonctionnelles. Or, cette affection prête à de nombreuses erreurs de diagnostic et nécessite une opération rapide. Dans ces conditions, la recherche de l'amylase urinaire peut donner des résultats intéressants. Elle doit être faite dans les 24 ou 48 heures qui suivent l'apparition des symptômes pour donner des résultats précis.

B. et S. proposent une modification de la réaction de Wohlgemuth, la plus employée pour la recherche de l'amylase urinaire. Au lieu d'employer une solution d'amidon cuit dilué à 1 pour 1.000, ils utilisent une solution à 1 pour 100. La lecture en est plus facile. Pour apprécier la valeur de cette épreuve biologique, il faut tenir compte de la température à laquelle elle a été pratiquée et de la durée de la digestion.

Avec la méthode proposée, le taux de la diastase urinaire chez un sujet normal, à jeun depuis la veille, évolue entre 1 et 32. Un repas hydro-carboné ou riche en protéines ne détermine, dans les 4 heures qui suivent, que des modifications très minimes et non constantes du taux de l'amylase urinaire. L'injection intra-musculaire de 0 gr. 01 de nitrate de pilocarpine ou de 1/2 milligr. de sulfate d'atropine n'a pas plus d'effet.

Si la réaction de l'amylase urinaire est négative et que de grandes probabilités existent en faveur



LABORATOIRE
G. FERMÉ
22, RUE DE TURIN · PARIS
hydroxyde de bismuth radifère
amp. de 2 cc. intramusculaires
MUTHANOL

d'une maladie aiguë du pancréas, il est nécessaire de contrôler la réaction dans l'urine par l'étude de la diastase dans le sérum sanguin.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

E. Spiegel. *Aspects cliniques de la périartérite noueuse* (*Archives of internal Medicine*, t. **58**, n° 6, Décembre 1936, p. 993-1040). — Ce travail s'appuie sur 15 observations avec autopsie.

Plus de la moitié des malades avaient présenté une affection prodromique: angine aiguë, sinusite aiguë, scarlatine, asthme allergique. 4 avaient eu du rhumatisme articulaire aigu. Le début habituel se fit par des douleurs abdominales accompagnées de symptômes articulaires, cardiaques ou rénaux.

Chez tous les malades le cœur fut atteint: 12 présentaient des lésions coronaires de degré variable; 4 des nodules d'Aschoff; chez un on trouvait les symptômes d'une endocardite verruqueuse de type indéterminé. S. pense que la périartérite noueuse peut être une réaction vasculaire surajoutée au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Dans 5 cas il existait de la périartérite noueuse des artères pulmonaires, dans 6 des lésions pulmonaires ne dépendant pas immédiatement de l'artérite. La pleurodynie, l'asthme ou une bronchopneumonie atypique peuvent en être la traduction clinique. L'examen radiologique faisait penser à une broncho-pneumonie ou à de petits épanchements pleuraux.

Tous les patients autopsiés présentaient des lésions rénales, surtout infarctus avec anévrysmes et périartérite noueuse aiguë. Ces lésions témoignent d'une réaction atteignant les vaisseaux sanguins de différents calibres, mais autrement équivalente à la lésion habituelle.

Chez 7 malades survinrent des complications chirurgicales du côté du tube digestif: pancréatite hémorragique dans 3 cas, lésions appendiculaires de périartérite dans 2 cas. Les lésions isolées d' « artériolite nécrosante » ressemblent histologiquement à la périartérite noueuse, mais n'ont pas la même évolution clinique.

Des lésions hépatiques et biliaires secondaires à la périartérite noueuse furent rarement observées dans cette série: 5 malades avaient des lésions artéritiques du foie, 1 une sclérose périportale, 2 de la dégénérescence graisseuse.

Chez 8 malades s'observèrent des signes neurologiques qui, chez 6, suggéraient une méningo-encéphalite. Les lésions relevaient de réactions périvasculaires et méningées.

Des manifestations cutanées diverses se rencontrèrent chez 12 malades: papulo-macules érythémateuses, purpura, urticaire, herpès, œdème, nodules pulsatiles, pétéchies à centre pâle. Il semble que les fines branches des vaisseaux de la peau soient atteintes de même que les artérioles.

On nota des exsudats rétiniens, de la neuro-rétinite et de l'amincissement des artères rétiniennes accompagnant des lésions rénales variées, mais non pathognomoniques en eux-mêmes. Chez un malade on trouva un nodule caractéristique de la choroïde à l'examen microscopique.

12 patients présentèrent de la polysérosite que S. considère comme une réaction des séreuses à l'agent de la périartérite noueuse.

On peut rencontrer une leucocytose élevée, jusqu'à 54.000, à prédominance polynucléaire neutrophile, bien qu'une forte éosinophilie et un cas de monocytose aient été notés.

Une guérison apparente et deux rémissions prolongées sont rapportées par S. Ces cas heureux se rencontrent surtout chez les malades ne présentant pas de manifestations rénales.

Certains patients, considérés comme suspects de maladie d'Osler en raison de l'érythème, présentèrent plus tard les signes caractéristiques de la périartérite noueuse. Des aspects cliniques identiques et des lésions semblables, impliquant un même mécanisme, s'observent dans ces deux syndromes.

S. relate un cas dans lequel une urétrite gonococcique compliquée d'endocardite aboutit à des lésions caractéristiques d'artérite nécrosante et à de la glomérulo-néphrite. On a observé récemment la périartérite noueuse comme complication de la méningite à méningocoques. Le streptocoque hémolytique est plus souvent incriminé et on le trouve assez fréquemment lors des prodromes. Un des malades de S. présenta les signes typiques d'un état d'allergie deux ans avant la manifestation d'une périartérite noueuse qui lui succéda par transition insensible.

P.-L. MARIE.

T. Sollmann et N. E. Schreiber. *Réponse diurétique comparée aux injections de divers sels mercuriels chez l'homme* (*Archives of internal Medicine*, t. **58**, n° 6, Décembre 1936, p. 1067-1086). — S. et S. ont déterminé la diurèse consécutive à l'injection intramusculaire ou intraveineuse de divers composés mercuriels minéraux, organiques et colloïdaux en usage dans la pratique.

Les composés mercuriels organiques produisent une diurèse un peu plus forte aux doses thérapeutiques, mais, si l'on tient compte de la dose de mercure et spécialement de la quantité de mercure excrétée, les composés organiques sont dépassés, et de loin, par les composés minéraux ionisables et par les composés colloïdaux. La supériorité des composés minéraux ionisables est si marquée qu'elle fait penser que l'action diurétique de tous les composés mercuriels est due à la libération d'ions mercure.

La réponse aux injections intramusculaires et la réponse aux injections intra-veineuses ne diffère pas notablement quant au degré, à la vitesse ou à la durée de la diurèse, bien que l'excrétion du mercure soit plus rapide à la suite des injections intraveineuses.

Pratiquement toutes les courbes d'excrétion urinaire et d'élimination du mercure ont une forme semblable, sauf que la courbe d'excrétion urinaire s'abaisse environ deux fois plus vite que celle de l'élimination du mercure.

La rapidité de l'ascension et de la chute des courbes d'excrétion urinaire et d'élimination du mercure tend à varier dans la même direction, mais la hauteur du niveau maximum de l'excrétion urinaire ou de l'élimination du mercure n'a pas d'effet toujours égal sur la durée de la diurèse.

Les composés organiques déterminent des périodes de diurèse et d'élimination du mercure un peu plus prolongées que ne le font les composés minéraux, que ce soit en injection intraveineuse ou en injection intramusculaire. Les composés colloïdaux produisent la diurèse la plus courte quand on les injecte dans la veine et la période la plus longue d'élimination du mercure quand on les injecte dans le muscle. Ils déterminent la diurèse la plus longue et la période la plus courte d'élimination du mercure.

Les différences entre les composés de chaque catégorie sont minimes et ne prêtent pas à des déductions d'ordre général.

P.-L. MARIE.

MINERVA MEDICA (Turin)

S. Cerqua. *L'équivalent histaminique du sang dans divers états pathologiques* (*Minerva medica*, année **27**, t. 1, n° 23, 9 Juin 1936, p. 542-548). — La présence de l'histamine dans le sang peut être considérée comme démontrée et la technique de Barsoum et Gaddum permet de la doser; son principe très schématisé est le suivant: après précipitation des protéines sériques, on prépare un extrait alcoolique qu'on évapore à sec; le résidu repris par l'eau, neutralisé par la soude et additionné de chlorure de sodium, contient l'histamine ou son équivalent que l'on dose par son action sur l'iléon du cobaye. Chez 12 sujets sains, C. a trouvé un équivalent histaminique variant entre 0,05 et 0,07 γ par centimètre cube; l'équivalent ne varie pas pendant la digestion, même après un repas riche en protéine; il ne varie pas non plus après un bain chaud de l'avant-bras.

Chez les cardiaques décompensés, l'équivalent histaminique augmente, pouvant atteindre 0,4 γ par centimètre cube; il redevient normal lorsqu'il se produit une amélioration spontanée ou sous l'action des tonicardiaques. Chez les asthmatiques en dehors des accès l'équivalent est égal à la limite normale supérieure ou la dépasse légèrement; au cours de la crise, il augmente, atteignant son maximum vers la fin de la crise et retourne à sa valeur initiale après une dizaine d'heures; dans l'urticaire, l'équivalent présente une évolution analogue; au cours de la maladie sérique et de l'accès palustre, pendant l'hyperthermie provoquée chez le chien par l'exposition au soleil ou le surchauffage, l'équivalent histaminique diminue nettement. Il ne semble pas possible d'admettre que les symptômes des affections précédentes soient dus à l'action de l'histamine; dans la plupart des cas, les variations de l'équivalent histaminique du sang sont secondaires aux variations circulatoires qui existent dans ces affections.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Zolezzi. *La tétanie chloroprive* (*Minerva medica*, année **27**, t. 2, n° 39, 29 Septembre 1936, p. 295-304). — Z. rapporte 2 cas de tétanie d'origine gastrique. Le premier est survenu au cours d'une sténose non cancéreuse du pylore chez un sujet syphilitique qui présentait une chloropénie importante, globulaire et plasmatique, du fait du manque d'absorption et d'une perte considérable par les vomissements (8 à 10 gr. de NaCl par 24 heures) ; l'importance de la chloropénie est prouvée par l'étude du bilan chloré; ayant reçu en 3 jours par différentes voies 36 gr. de chlorure de sodium, le malade n'en a éliminé que 3 gr. par les urines et 6 gr. par les vomissements, en retenant donc 27 gr.; cette hypochlorémie a entraîné une azotémie notable (2 gr. 20) et une certaine alcalose (90 vol.); le rôle de la chloropénie est fondamental dans la tétanie gastrique; celui de l'alcalose n'est que secondaire; le malade avait encore une alcalose nette (81 vol.) alors que la tétanie avait complètement disparu. Chez le deuxième malade d'ailleurs, qui avait un adéno-cancer avec cirrhose ayant nécessité des paracentèses nombreuses, la réserve alcaline était de 40 volumes.

Mais si la chloropénie est le *primum movens* de la tétanie gastrique, il existe un facteur prédisposant hépatique; une atteinte congénitale ou acquise du foie facilite l'apparition de la tétanie chloroprive en aggravant les conséquences des troubles gastro-intestinaux et en particulier les troubles toxiques.

LUCIEN ROUQUÈS.

IL POLICLINICO [Sezione medica] (Rome)

V. Chini. *La myélose aleucémique mégacaryocytaire* (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. **43**, n° 6, 1er Juin 1936, p. 257-279). — Favre, Croizat et Guichard ont individualisé sous ce nom un syndrome hépato-splénique particulier. C. s'est proposé d'étudier dans ce mémoire le bien ou le mal fondé de leur conception; les points suivants lui semblent établis: il existe des cas de myélose aleucémique ou, plus souvent, subleucémique où le caractère dominant du tableau histo-pathologique est une intense mégacaryocytose des tissus hématopoïétiques;

cette mégacaryocytose est particulièrement nette au niveau de la rate, existe généralement au niveau du foie et des ganglions et manque souvent au niveau de la moelle osseuse; les mégacaryocytes des foyers de métaplasie myéloïde semblent avoir une origine locale; les tableaux clinique et anatomique des affections avec mégacaryocytose tissulaire ne sont pas uniformes et le tableau hématologique peut avoir les aspects les plus divers; la mégacaryocytose tissulaire extra-médullaire ne se rencontre pas seulement dans les myéloses aleucémiques ou subleucémiques, mais parfois aussi dans les myéloses leucémiques et avec une fréquence relative dans les réticulo-endothélioses leucémiques et aleucémiques: ce n'est pas parce que certaines myéloses ou réticulo-endothélioses s'accompagnent de mégacaryocytose tissulaire qu'elles sont aleucémiques, certaines affections aleucémiques ne présentant pas cette mégacaryocytose, d'autres devenant secondairement leucémiques et enfin certaines affections nettement leucémiques la présentant; expérimentalement, on peut réaliser des tableaux histo-pathologiques qui, d'un côté, rappellent la myélose ou la réticulo-endothéliose et, de l'autre, présentent une intense mégacaryocytose extra-médullaire. Mais ces foyers métaplasiques myéloïdes ou de réaction réticulo-endothéliale sont en réalité différents de ceux que l'on observe chez l'homme; la présence de la mégacaryocytose tissulaire ne confère pas aux affections dans lesquelles elle existe un aspect clinique et hématologique propre. Parmi les 9 observations groupées par Favre et ses collaborateurs, C. estime que 2 seulement sont à retenir; de ces cas et de ceux qu'il pense pouvoir en rapprocher, résulte une telle diversité aux points de vue de la clinique, de l'histologie pathologique et de l'hématologie, qu'il est difficile d'admettre qu'il s'agit d'une véritable entité pathologique.

Lucien Rouquès.

A. Pozzi et **D. Belleli.** ***Alcoolothérapie endoveineuse et pouvoir bactéricide du sang*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. **43**, n° 6, 1er Juin 1936, p. 279-285). — Certains auteurs ont attribué les succès de l'alcoolothérapie intraveineuse à l'action bactéricide directe de l'alcool; mais cette opinion est insoutenable car pour atteindre une concentration suffisante, il faudrait injecter des doses d'alcool 50 ou 100 fois supérieures aux doses thérapeutiques. P. et B. ont recherché chez 7 sujets sains ou présentant des affections justiciables de l'alcoolothérapie (suppuration pulmonaire, par exemple) les variations du pouvoir bactéricide du sérum vis-à-vis du streptocoque ou du bacille d'Eberth avant et 5, 10, 15 et 60 minutes après l'injection intraveineuse de 10 cmc d'alcool à 33 pour 100 en solution glucosée à 45 pour 100; dans l'ensemble, ils ont trouvé une augmentation du pouvoir bactéricide pour le streptocoque et pour le bacille d'Eberth, plus accentuée pour le dernier, surtout nette 5 à 10 minutes après l'injection et inappréciable après une heure. Il est impossible de dire si l'augmentation est due à des modifications de caractère physico-chimique ou est d'ordre immunitaire par action sur les cellules réticulo-histiocytaires.

Lucien Rouquès.

L. Alestra. ***Le fonctionnement du foie dans la fièvre de Malte avec hépatomégalie*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. **43**, n° 10, 1er Octobre 1936, p. 484-501). — Une hypertrophie légère du foie semble constante dans la fièvre de Malte, mais il existe des cas où l'hépatomégalie est franche, le foie plutôt dur, en général douloureux, à bord inférieur plus ou moins arrondi, pouvant atteindre en bas le niveau de l'ombilic. C'est dans 12 de ces cas que A. a étudié le fonctionnement du foie; les méthodes les meilleures lui paraissent celle de Rosenthal à la phénol-tétra-bromo-phtaléine et celle de la glycuronurie provoquée de Roger et Chiray; les troubles fonctionnels décelés ont toujours été peu accusés, traduisant des atteintes légères et curables des cellules hépatiques.

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [Sezione pratica] *(Rome)*

P. Valdoni. ***Un cas d'embolie de l'artère pulmonaire guérie par embolectomie*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **43**, n° 20, 18 Mai 1936, p. 911-918). — V. rapporte l'observation d'un homme de 68 ans qui présenta, 12 jours après la cure d'une hernie inguinale, et sans avoir de signes apparents de phlébite, une violente douleur rétrosternale avec les symptômes d'une embolie pulmonaire massive. V. intervint 7 minutes après le début des accidents, alors que le malade respirait encore faiblement mais avait complètement perdu connaissance; un caillot de 10 cm. fut retiré du tronc de l'artère pulmonaire et un de 27 cm. de chacune des branches; la suture de l'artère fut commencée 13 minutes 1/2 après le début de l'intervention. Celle-ci achevée, le malade, dans un état délirant qui dura plusieurs jours, respirait normalement; la tension était 9,5-6,5; le pouls était bien frappé, un peu arythmique; l'arythmie cessa le 3e jour et un électrocardiogramme ne montra ensuite que des anomalies du type coronarien probablement antérieures à l'embolie. Le malade quitta l'hôpital 7 semaines après l'embolectomie, en parfait état.

V. a utilisé la technique de Trendelenburg modifiée par Meyer, mais avec une incision verticale parasternale gauche; il estime utile de réséquer systématiquement les 2e, 3e et 4e cartilages costaux pour avoir plus de jour; la plèvre gauche fut accidentellement ouverte chez son malade, mais un drainage pleural ayant été institué dès la fin de l'opération, la réaction pleurale fut de courte durée. C'est le 10e cas d'opération de Trendelenburg; elle mérite d'être employée plus souvent; c'est avant tout une question d'organisation des services chirurgicaux.

Lucien Rouquès.

L. Antognetti. ***L'opération de Pende et le blocage du splanchnique gauche dans le traitement des états hypertensifs*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **43**, n° 22, 1er juin 1936, p. 1011-1014). — Pende a proposé en 1924 de traiter l'hypertension artérielle par la splanchniquotomie gauche; ce nerf a, en effet, une action trophique sur la médullaire des deux surrénales et règle la vasomotricité dans un très vaste territoire. On a objecté que la résection du splanchnique gauche ne produisait chez l'animal qu'une hypotension transitoire (20 à 30 jours), des phénomènes d'innervation compensatrice permettant à la médullo-surrénale de reprendre son activité et, d'autre part, la splanchniquotomie gauche n'étant pas suffisante pour supprimer toute possibilité de vaso-constriction au niveau des vaisseaux abdominaux; mais on ne peut établir de comparaison valable entre l'animal sain chez qui l'on provoque un phénomène artificiel et l'homme hypertendu, présentant une hypertonie primitive et pathologique du territoire vasculaire splanchnique et une hypersécrétion médullo-surrénale. Les observations publiées, surtout en France et en Amérique, démontrent que l'opération de Pende est le traitement le plus rationnel et le plus efficace (au moins 85 pour 100 de résultats favorables) de l'hypertension artérielle non compliquée; elle est bien préférable à tous points de vue à la surrénalectomie gauche.

Lucien Rouquès.

L. Cannavo. ***Insulinorésistance et irradiation de la région hypophysaire*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **43**, n° 24, 15 Juin 1936, p. 1099-1106). — Chez un homme de 56 ans, diabétique depuis 6 ans, la glycosurie n'est progressivement plus réduite par le régime; on commence un traitement par l'insuline et on arrive peu à peu à 100 unités par jour sans noter d'action bien nette sur la glycosurie ou la glycémie; après injection sous-cutanée de 50 unités d'insuline, la glycémie, d'abord de 3 gr. 60, ne baisse pas au-dessous de 3 gr. 40; la suppression de l'insuline ne modifie pas sensiblement le diabète. La selle turcique du malade est un peu grande ainsi que les sinus, l'occipital un peu épaissi, mais il est impossible de parler d'acromégalie; on essaye la radiothérapie de la région hypophysaire; elle n'améliore pas le diabète mais le rend nettement et normalement sensible à l'insuline (après injection sous-cutanée de 20 unités, la glycémie passant de 3 gr. 32 à 1 gr. 78 après une heure et demie).

Le mécanisme par lequel la radiothérapie a agi n'est pas élucidé, pas plus d'ailleurs que celui de l'insulinorésistance. On a soutenu que l'hormone thyréotrope de la préhypophyse jouait un rôle dans l'insulinorésistance; on pouvait donc se demander si la radiothérapie n'avait pas entravé la sécrétion de cette hormone; mais l'injection d'hormone thyréotrope ne modifiait en rien chez le malade de C. la courbe post-insulinique de la glycémie.

Lucien Rouquès.

G. Meldelosi. ***Traitement des dystrophies musculaires progressives par les extraits pancréatiques*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **43**, n° 26, 29 Juin 1936, p. 1187-1199). — Pour M., l'état dysplasique de la musculature striée qui constitue les myopathies est la conséquence directe d'une lésion grave et progressive du pancréas qui provoque des troubles de l'équilibre acide-base et du métabolisme des graisses, des glucides et surtout des protéines, réalisant un état permanent de carence protéique. L'administration buccale d'extrait total de pancréas, poursuivie à fortes doses jusqu'au retour à la normale des processus digestifs et surtout de la digestion tryptique, donne dans tous les cas, après au moins 6 mois de traitement, un arrêt de l'évolution sans cela progressive de la maladie; l'amélioration est en rapport avec les possibilités de récupération du pancréas et des muscles; dans les cas légers ou au début, l'activité musculaire redevient absolument normale; dans les cas où les lésions sont étendues et d'une certaine gravité, on obtient une amélioration évidente et stable; dans les cas très graves, on n'obtient qu'une amélioration de certains mouvements.

Lucien Rouquès.

G. La Cava. ***Sur les variations saisonnières de certains syndromes abdominaux*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **43**, n° 28, 13 Juillet 1936, p. 1275-1286). — Ayant relevé mois par mois le nombre des malades entrés pendant 6 ans dans une des cliniques chirurgicales de Rome pour appendicite, cholécystite calculeuse et ulcère gastro-duodénal, L. C. estime que ces affections présentent deux recrudescences annuelles: au printemps et à l'automne; ces recrudescences n'apparaissent d'ailleurs pas très nettement sur les tracés publiés surtout en ce qui concerne les cholécystites dont le nombre de cas est assez minime. Quoi qu'il en soit, L. C. attribue ces recrudescences saisonnières à un état d'acidose qui se produirait à ces époques sous l'influence principalement des variations de température; l'acidose favoriserait l'apparition de ces maladies ou les aggraverait; il y aurait là un argument indirect en faveur du rôle de l'acidose dans la pathogénie de ces affections.

Lucien Rouquès.

R. Bompiani. ***L'aménorrhée des diabétiques*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. **43**, n° 42, 19 Octobre 1936, p. 1855-1861). — On connaît depuis longtemps la fréquence chez les diabétiques des

troubles menstruels et en particulier de l'aménorrhée qu'il n'est pas rare de voir précéder le diabète; on sait aussi que sous l'influence de l'insulinothérapie, le cycle menstruel peut redevenir normal. De nombreuses expériences témoignent de la relation de cause à effet qui existe entre le diabète et les troubles menstruels, entre autres celles de Falco qui a constaté, après pancréatectomie subtotale chez des chiennes, une atrophie très nette des follicules ovariens.

B. note la fréquence relative des altérations histologiques du système hypophyso-diencéphalique dans les diabètes d'origine insulaire indiscutable; comme il existe dans ce système des éléments régulateurs du cycle ovarien, on peut admettre que les troubles menstruels du diabète dépendent des altérations de la région hypophyso-tubérienne.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

E. Storti et **P. De Filippi**. ***Le comportement du pouvoir radiant du sang et des tissus hématopoïétiques dans quelques formes hémopathiques systématisées*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 19, 9 Mai 1936, p. 639-641). — S. et F. ont étudié le pouvoir mitogénétique du sang et des ganglions prélevés par biopsie au cours de certaines affections sanguines en utilisant comme détecteur la moelle osseuse ou des saccharomyces; dans les leucémies chroniques et dans la lymphogranulomatose maligne type Sternberg, le sang et les ganglions ont un pouvoir mitogénétique qui s'écarte toujours de la normale et se rapproche beaucoup de celui du sang et des tissus des sujets présentant une néoplasie maligne; on a noté non seulement un effet mitogénétique positif mais aussi des modifications qualitatives des caryokinèses (chromosomes aberrants ou anormaux, caryokinèses à 3 ou 4 pôles, etc.). Dans l'anémie pernicieuse et dans les anémies secondaires (non cancéreuses), le pouvoir radiant du sang est assez faible et de type normal.

Lucien Rouquès.

G. Molinari. ***La conduction nerveuse interrompue dans la sclérose en plaques*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 36, 5 Septembre 1936, p. 1207-1208). — M. signale un nouveau symptôme, la conduction nerveuse interrompue, qu'il estime caractéristique de la sclérose en plaques. Dans les territoires cutanés où le phénomène existe, un contact ininterrompu et prolongé est perçu normalement car les périodes où la conduction nerveuse est interrompue sont extrêmement brèves; si, au contraire, le malade est soumis à des contacts ponctiformes presque instantanés et répétés à de très courts intervalles, certains de ces contacts, qui ont été pratiqués aux périodes d'interruption de la conduction, ne sont pas ressentis. Un examen systématique permet de constater ce phénomène dans des territoires en apparence indemnes et ainsi s'atténue cette discordance qui existe dans la sclérose en plaques entre le nombre des localisations à traduction clinique et celui des foyers observés à l'autopsie.

La conduction nerveuse interrompue est également mise en évidence au niveau des nerfs optiques en plaçant devant un œil un obturateur d'appareil photographique; il est possible en interposant devant l'obturateur un diaphragme ayant la forme d'une fente radiale d'explorer les divers segments de la rétine; en employant une lumière verte, M. a pu constater l'existence de scotomes instantanés pour le vert. Le phénomène de la conduction nerveuse interrompue a d'ailleurs au niveau des nerfs optiques une traduction subjective: certains malades se plaignent d'un tremblement très menu des images qu'ils comparent à l'impression que donne un film cinématographique; ce tremblement n'est pas, comme on l'a dit à tort, la conséquence du nystagmus qui est beaucoup plus lent et disparaît dans la fixation du regard.

Lucien Rouquès.

A. Tarsitano et **A. Spena**. ***Action de la vitamine C (acide ascorbique) sur le taux glycémique chez les sujets sains ou atteints d'affection hépatique*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 38, 19 Septembre 1936, p. 1271-1277). — T. et S. ont étudié chez 6 sujets normaux et 9 malades atteints d'affection hépatique (cancer, cirrhose, foie cardiaque, ictère catarrhal, angiocholite), les variations éventuelles de la glycémie après injection intraveineuse de 0 gr. 05 d'acide ascorbique. On observe parfois une hypoglycémie initiale qui est plus fréquente chez les hépatiques que chez les sujets sains; chez ceux-ci, la glycémie reste ensuite normale ou présente une légère élévation, précoce et fugace; chez les hépatiques, on note une hyperglycémie plus ou moins intense qui persiste parfois pendant plus de 3 heures, mais cette hyperglycémie est inconstante et sans rapports avec la gravité de la maladie.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

G. Ferro-Luzzi et **F. Romeo**. ***Néphrose lipoïdique*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **16**, n° 4, Août 1936, p. 329-348). — Le mémoire de F. et R. est basé sur 4 observations étiquetées néphrose lipoïdique, diagnostic qui peut sembler discutable pour deux d'entre elles qui concernent des albuminuries sans œdèmes constatées l'une après une néphrite aiguë, l'autre sans cause connue, avec dans un cas des hématuries microscopiques sans lipoïdurie, et dans l'autre des cylindres granuleux. F. et R. estiment que dans la néphrose lipoïdique, il n'y a aucun indice d'un fonctionnement rénal anormal; les modifications de la cholestérinémie et la lipoïdurie sont inconstantes et n'ont que peu d'importance comparativement avec les troubles de la protéinémie; ces troubles sont la conséquence d'une altération physico-chimique des protéines sériques dont la filtrabilité devient anormale. A l'hypoprotéinémie primitive ou d'origine humorale des néphroses lipoïdiques, on peut opposer une hypoprotéinémie secondaire ou d'origine capillaire dans laquelle ce n'est pas la substance filtrante mais le filtre qui est anormal; on peut également supposer qu'il existe des formes mixtes et des formes où l'hypoprotéinémie relèverait soit d'une production insuffisante, soit d'une destruction excessive des substances protéiques.

Ce n'est pas, comme on tend souvent à l'admettre, l'hypoprotéinémie qui est la cause de l'œdème; que l'hypoprotéinémie soit d'ordre humoral, comme dans la néphrose, ou d'ordre capillaire, elle est la conséquence du passage dans les tissus et dans l'urine de la sérine avec son eau; elle n'est donc que l'effet de l'œdème ou de l'albuminurie.

Deux des malades de F. et R. étaient cousins; l'un présentait un certain infantilisme et l'autre un bec-de-lièvre; la néphrose lipoïdique peut être considérée comme une maladie métabolique constitutionnelle; son stade clinique serait précédé par une anomalie latente et congénitale du métabolisme des protéines; plusieurs membres de la même famille, en apparence bien portants, présentaient une hypoprotéinémie avec diminution du rapport sérine-globuline.

Lucien Rouquès.

G. Benedetti. ***La polypeptidémie dans divers états morbides (note I : la polypeptidémie dans les maladies du sang et les maladies du foie)*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **16**, n° 4, Août 1936, p. 380-398). — Chez les individus normaux, B. a noté des valeurs de polypeptidémie allant de 1,9 à 6 milligr. pour 100 et en moyenne de 2,5; l'indice de désamination doit être fixé normalement à 0,08. La polypeptidémie ne présente d'élévation dans les maladies du sang apyrétiques et sans lésions hépato-rénales associées que lorsqu'il y a une hémolyse excessive; dans les anémies hémolytiques par exemple, il y a une hyperpolypeptidémie constante mais pas très accentuée; dans les anémies graves secondaires à des hémorragies profuses et dans celles où il y a une forte hydrémie, on note une hypopolypeptidémie relative.

Dans la cirrhose de Laennec et dans le coma hépatique grave, la polypeptidémie est fortement élevée; l'indice de désamination a naturellement plus de valeur lorsqu'il n'y a pas d'hyperazotémie, cas des cirrhoses à la période d'état, que lorsqu'il y a une insuffisance hépatique avérée. Dans les cirrhoses et surtout dans les hépatites aiguës, l'hyperpolypeptidémie dépend plus de l'augmentation de la protéolyse cellulaire que de l'insuffisance de la polypeptidopexie hépatique; on ne trouve pas chez les cirrhotiques l'hyperpolypeptidémie portale physiologique (examens comparés du sang des veines du bras et des veines dilatées de la circulation collatérale complémentaire); le taux des polypeptides du sang portal est égal à celui des polypeptides du liquide d'ascite et il est probable que c'est le passage des polypeptides du sang portal dans le liquide d'ascite qui est la cause de l'absence de l'hyperpolypeptidémie portale physiologique. Après paracentèse abondante, on observe une baisse de la polypeptidémie qui n'est pas toujours nette dans les premières heures mais qui l'est toujours lorsque les modifications colloïdales produites par la ponction ont disparu.

B. estime que les polypeptides circulants sont des substances protéiques utilisables, analogues aux amino-acides; il paraît illogique de les considérer comme des toxiques; il ne suffit pas de trouver dans certaines affections une augmentation de cette petite fraction de l'azote incoagulable pour attribuer à cette augmentation une partie de la symptomatologie toxique, humorale et nerveuse que présentent les malades. Les conclusions de B. sont donc sur bien des points opposées à celles des auteurs français.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO DI SCIENZE BIOLOGICHE
(Florence)

G. Scoz, **P. Baer** et **E. Boeri**. ***Insuline et engraissement*** (*Archivio di scienze biologiche*, t. **22**, n° 2, Mars 1936, p. 142-158). — Chez les rats et les chiens soumis à des injections quotidiennes d'insuline, on observe dans un premier stade, au niveau du tissu adipeux sous-cutané et périviscéral, l'augmentation du pourcentage de l'eau aux dépens des graisses; cette augmentation s'observe aussi chez les animaux qui jeûnent et dépend alors de la mobilisation des graisses de dépôt; mais chez les animaux traités par l'insuline, l'augmentation n'a pas la même signification car on observe chez eux, à l'inverse de ce qui se passe au cours du jeûne, un léger accroissement du poids corporel et une diminution du pouvoir lipasique des tissus, tandis que le glycogène tissulaire ne varie pas; l'augmentation initiale du pourcentage de l'eau ne peut être actuellement expliquée que par des hypothèses assez discutables. Dans un second stade qui chez les rats débute après 7 ou 9 injections quotidiennes d'une demi-unité d'insuline, le pourcentage d'eau du tissu adipeux diminue rapidement tandis que celui des graisses augmente; le poids corporel augmente ainsi que la teneur en glycogène du tissu adipeux (de 100 à 300 milligr. pour 100 gr. de tissu chez le rat, de 50 à 300 et de 100 à 700 chez 2 chiens).

L'accumulation des graisses dans les cellules du tissu adipeux paraît donc due à la transformation des glucides en graisses; l'augmentation du poids

corporel des chiens dépassait 2 kilogr. en 20 jours alors que, pendant cette période, ils n'avaient ingéré que 300 gr. de graisse.

Lucien Rouquès.

BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE (Bologne)

V. Sabena. ***Recherches expérimentales sur l'essence de la réaction de Henry*** (*Bullettino delle scienze mediche*, année 108, n° 2, Mars-Avril 1936, p. 114-134). — S. estime que l'antigène mélanique dans la réaction de Henry est difficile à préparer, d'un rendement qui laisse à désirer et théoriquement discutable; parmi les antigènes ferriques, le méthylarsinate de fer est assez peu sensible et l'albuminate de fer à 1 pour 300 et dans la proportion de 4 pour 1 de sérum est bien préférable; la lecture est faite 15 minutes après un séjour de 45 minutes à l'étuve à 37° et répétée au bout de 12 heures.

Chauffé à 56° pendant 30 minutes, le sérum des paludéens ne provoque plus la floculation, même si on lui ajoute du complément sous forme de sérum frais de non paludéen; par chauffage, le pouvoir floculant disparaît plus tardivement que le pouvoir complémentaire; si la teneur du milieu en chlorure de sodium dépasse 3 pour 100, la floculation ne se produit plus; le floculat contient une grande quantité de fer et en solutions salées, il est facilement dissous lorsque leur concentration dépasse celle du sérum physiologique. La réaction de Henry est rarement positive en dehors du paludisme; on l'observe parfois chez les typhiques, les pneumoniques, les malades atteints de méningite purulente, mais elle disparaît, à l'inverse du cas du paludisme, lorsqu'on emploie un sérum vieilli. La réaction de Henry est toujours négative sur le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de neuro-syphilis et soumis à la malariathérapie.

De toutes ces expériences, il résulte que, pour que la réaction se produise, il faut qu'il y ait dans le sérum un *quid* thermolabile et un *quid* qui ne résiste pas au chlorure de sodium, ce qui semble indiquer une intervention des globulines; mais l'addition de globulines sériques de non paludéen à un sérum chauffé de paludéen ne suffit pas à rendre à nouveau positive la réaction; les globulines des paludéens ont donc des propriétés spéciales. A propos de la pathogénie de l'accès palustre, S. ne croit pas que la théorie colloïdale soit justifiée; il pense qu'il s'agit plutôt d'une floculation parcellaire *in vivo*.

Lucien Rouquès.

IL BAGLIVI

G. Montemartini. ***Altérations fonctionnelles de l'estomac et de l'intestin par traumatisme électrique*** (*Il Baglivi*, t. 2, n° 4, Juillet-Août 1936, p 295-307). — On peut observer, après l'électrocution, des phénomènes de spasme ou de parésie au niveau de l'œsophage, de l'estomac ou de l'intestin. M. a observé à l'autopsie d'un homme mort électrocuté une dilatation aiguë de l'estomac; il rapporte aussi l'observation d'un homme de 33 ans qui commença à présenter 2 mois après avoir reçu une violente décharge électrique des crises de constriction douloureuse épigastrique avec vomissements, salivation intense, vertiges, lipothymies, crises devenant de plus en plus fréquentes; l'examen radiologique pratiqué au bout de 3 ans montra un spasme quasi total de la musculature circulaire de l'estomac avec incontinence pylorique; la guérison fut obtenue par un régime approprié et l'administration de papavérine. M. estime que cette observation indique l'existence de rapports fonctionnels entre le système nerveux végétatif et les traumatismes électriques, en l'absence de lésions avérées des voies nerveuses. Soumettant des chiens et des lapins à un courant de 190 volts, M. a noté des foyers hémorragiques dans la sous-muqueuse gastrique et des altérations des fibres musculaires; prélevant l'intestin de lapins électrocutés et le plaçant dans du liquide de Ringer, il a constaté qu'il restait contracté spasmodiquement pendant une dizaine de minutes.

Lucien Rouquès.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

M. C. Ehrstrom (Helsingfors). ***Sur les modifications des propriétés physiques des protéines du plasma dans les néphroses*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 90, nos 5-6, 19 Décembre 1936, p. 427-444). — Quand on agite une solution aqueuse de rouge Congo avec du noir animal, puis qu'on centrifuge ou qu'on filtre, elle est totalement décolorée. Quand du plasma est coloré *in vitro* ou *in vivo* avec du rouge Congo, ce dernier ne se laisse plus décolorer de cette façon par le charbon. Toutefois il se produit une certaine décoloration et les différents plasmas se comportent à cet égard de façon différente. Tandis que le plasma coloré *in vivo* appartenant à des sujets ayant des reins sains et n'ayant pas de modifications des protéines de leur plasma présente une perte de colorant atteignant au maximum 20 pour 100 et 8 pour 100 quand il s'agit de plasma coloré *in vitro*, le plasma des malades porteurs de néphropathies avec albuminurie plus ou moins élevée (amylose, néphrites avec néphrose, néphrose, albuminurie par stase) se décolore davantage, soit au maximum de 37 à 57 pour 100.

Si l'on précipite les globulines par le sulfate de soude à saturation, la décolorabilité de la sérine subsistante se comporte également différemment et la différence est plus manifeste qu'avec le plasma total. La perte de colorant de la sérine atteint 40 à 55 pour 100 chez les sujets à reins sains tandis que dans les néphropathies mentionnées elle va jusqu'à 60 et 100 pour 100.

L'intensité de la décoloration ne dépend pas du rapport quantitatif entre les protéines du plasma (hypoprotéinémie, hyposérinémie, globulinémie), ni de la précipitation des globulines, ni du quotient S/G, ni de la cholestérolémie, ni de l'azote résiduel, ni de la morphologie du sang, ni de la vitesse de sédimentation, ni de la tendance aux œdèmes.

Le colorant excrété par l'urine après injection intraveineuse est lié à l'albumine urinaire. La décolorabilité du plasma *in vivo* et *in vitro* n'est pas proportionnelle au degré de l'albuminurie.

La décolorabilité exagérée, autrement dit la diminution du pouvoir d'adsorption du plasma lors des fortes albuminuries, explique pourquoi l'épreuve intraveineuse au rouge Congo donne un résultat positif dans ces cas, malgré la minime excrétion de colorant par l'urine.

Dans certains cas la décolorabilité du plasma peut se montrer accrue *in vitro*, bien que l'épreuve intraveineuse au Congo ait donné des chiffres normaux.

P.-L. Marie.

L. Meyer (Groningue). ***Urémie par déshydratation*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 90, nos 5-6, 19 Décembre 1936, p. 475-488). — On sait depuis longtemps qu'une urémie d'origine extrarénale peut résulter de la déshydratation; celle-ci agit en provoquant une destruction des protéines avec intoxication. Les déchets azotés terminaux ne peuvent plus être excrétés en quantité suffisante à cause de l'oligurie plus ou moins accusée et de l'altération de la fonction rénale sous l'influence du manque de liquide et de l'hypotension consécutive.

M. relate plusieurs cas d'urémie par déshydratation (insuffisance des boissons chez une hémiplégique et chez un diabétique polyurique, déshydratation par vomissements abondants dans un cancer gastrique, par dysphagie dans un cancer œsophagien), dans lesquels la guérison put être obtenue par un apport suffisant de liquide qui fit disparaître la destruction toxique des protéines, rétablit la diurèse et produisit une amélioration du fonctionnement rénal se manifestant par une augmentation de la concentration maximum.

Quand le taux des chlorures du sang a augmenté, M. a d'ordinaire utilisé une solution de glycose à 5 pour 100 en injections sous-cutanées. Quand la chlorémie est normale ou légèrement accrue, il est préférable d'avoir recours à la solution salée physiologique. Si l'on administre alors une solution glycosée, la dilution du sang peut amener une chute de la chlorémie d'un effet fâcheux. Le cas du diabétique extrêmement déshydraté par suite de la polyurie rappelle les expériences de Mackay qui rendit des lapins urémiques en déterminant une extrême déshydratation au moyen d'injections de solution glycosée.

Cette forme d'urémie peut se produire lors des hémorragies gastriques par suite de la perte de sang et quelquefois de l'interdiction prolongée des boissons.

M. souligne en outre que, dans l'urémie par manque de sel, il existe toujours une déshydratation marquée qui joue un rôle important dans la genèse de l'urémie. Le manque de sel conduit à la destruction des protéines (Glass); la déshydratation a le même effet et, de plus, cause l'oligurie; ces deux facteurs conjugués mènent à l'urémie.

P.-L. Marie.



REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

P. Chêne et **J. Dubarry.** ***Les dyspepsies nerveuses. Essai nosologique, clinique et thérapeutique*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 27, n° 2, Février 1937, p. 119-139). — Lorsqu'une dyspepsie paraît isolée, accouplée seulement à des troubles neurovégétatifs, on peut admettre que ceux-ci la conditionnent directement: ce sont les dyspepsies nerveuses. Mais il s'agit là d'un diagnostic par élimination, raisonnée, et non d'une conclusion paresseuse.

L'immense majorité de ces dyspepsies sont du type *hyposthénique*. Les malades se plaignent de douleurs gastriques sourdes et vagues, post-prandiales, sans jamais d'accalmies complètes. Les vomissements sont rares, les nausées fréquentes, la constipation habituelle. A l'examen, on trouve les points solaires douloureux. Le chimisme gastrique n'est d'aucun secours. La radiologie confirme le syndrome hyposthénique. Il y a plutôt du fait même de l'hypotonie, aérogastrie plutôt qu'aérophagie, le gaz n'étant pas sous tension dans l'estomac. Tout l'art du clinicien est de procéder par élimination à un diagnostic précis: il faut donc un examen minutieux de l'estomac, rechercher l'appendicite chronique, une lésion vésiculaire; il faut faire un examen somatique complet, qui peut déceler une tumeur cérébrale, une déficience endocrinienne, un Basedow fruste. Il sera non moins difficile de distinguer les dyspepsies nerveuses vraies, les dyspepsies secondaires à des états mentaux; il faut que le trouble digestif soit l'essentiel, le premier plan du tableau clinique.

Le traitement commence dès l'interrogatoire (Chiray); ce qui permet un traitement personnel, le reste étant surtout le fait d'une bonne hygiène physique. La thérapeutique sera aussi peu digestive que possible. Pas ou peu de régime car il ne faut pas de sous-alimentation. On usera de sédatifs généraux plutôt que locaux avec prudence, on cherchera à corriger l'atonie, l'asthénie, la dystonie. Une indication endocrinienne appropriée sera souvent utile.

J. Okinczyc.

REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

C.-J. Munch-Petersen. ***Les schizobasies*** (*Revue neurologique*, t. 66, n° 6, Décembre 1936, p. 693-716). — La schizobasie est un trouble de la marche déterminé par une défaillance de l'équilibre et de la synergie, sans symptômes élémentaires équivalents du côté de l'équilibre et de la synergie.

Cette dissociation entre le trouble de la marche et l'intensité des symptômes démontrables résulte de l'étude des observations personnelles de M.-P. au nombre de 27.

Ces observations comprennent des cas assez hétérogènes, établissant une transition insensible entre des faits certainement organiques et des cas purement fonctionnels. Toutefois M.-P. trouve des signes d'organicité à ces derniers.

D'ailleurs l'aspect extérieur du trouble de la marche ne dépend pas de l'origine organique ou fonctionnelle du trouble qui la conditionne.

La schizobasie est donc une affection élective du mécanisme de la fonction locomotrice, comme l'aphasie résulte d'un trouble du mécanisme de la parole.

M.-P. esquisse à grands traits deux types de schizobasie: la forme dystonique et celle qui est marquée par un trouble de l'équilibre. M.-P. étudie, en outre, les éléments de régulation centrale qui régissent la marche: les centres mésocéphaliques, le cervelet, les lobes frontaux. Ces derniers, en particulier, semblent jouer un rôle important dans la direction du mécanisme de la marche, et pour M.-P., ils sont spécialement responsables de la schizobasie ainsi que du caractère plus ou moins fonctionnel de ce syndrome.

H. Schaeffer.

REVUE DU RHUMATISME (Paris)

Ch. Richet et **H. Netter.** ***La pyrétothérapie des arthrites aiguës ou subaiguës par les agents chimiques ou bactériens*** (*Revue du Rhumatisme*, t. 4, n° 1, Janvier 1937, p. 20-39). — R. et N. ont utilisé un vaccin anti-chancrelleux à 225 millions de corps microbiens par cmc., en injections intraveineuses à doses croissantes de 1, 1 1/2, 2, 2 1/2 cmc. à 48 heures d'intervalle. L'injection détermine en général, après une incubation de 3 heures, une ascension thermique de 3 heures, un acmé thermique entre 39°5 et 40° durant 4 heures. La défervescence dure 8 heures environ. Dans d'autres observations, on s'est adressé à l'huile soufrée, à la dose de 2 cmc. intra-musculaire provoquant des réactions thermiques analogues.

Sur 13 cas d'arthropathie gonococcique, ils ont eu 8 succès, 3 améliorations notables, une amélioration légère et un échec.

Sur 2 arthrites goutteuses, la pyrétothérapie a produit une amélioration considérable.

Sur 4 atteintes articulaires, consécutives à des angines ou à un phlegmon de l'amygdale, les injections de vaccin antichancrelleux ont amené une guérison plus ou moins rapide.

Chez 7 sujets atteints d'arthropathies « cryptogénétiques » aiguës, cette méthode a donné 6 succès et un échec.

Chez 6 malades atteints d'affections analogues subaiguës, 2 succès, 2 améliorations notables et 2 améliorations légères.

Une femme de 55 ans, atteinte de lipo-arthrite sèche, a été très rapidement améliorée.

La guérison exige une, deux ou trois injections hyperthermisantes, parfois davantage. En général, mais non toujours, l'amélioration est d'autant plus rapide que l'élévation thermique est plus intense et plus durable. Parfois une injection est sans effet thérapeutique, alors que la précédente et la suivante sont efficaces. C'est le plus souvent au cours ou au début de l'accès fébrile que l'amélioration se manifeste: il y a diminution de la douleur et mobilisation plus facile.

La pathogénie est discutable.

Les arthrites que R. et N. conseillent de traiter par cette méthode sont les arthrites aiguës ou subaiguës, sauf les rhumatismes tuberculeux subaigus où ils n'ont eu que des résultats décevants.

Robert Clément.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Tailhefer. ***Le traitement du cancer de la langue*** (*Revue de stomatologie*, année 39, n° 2, Février 1937, p. 70-78). — T. insiste sur la difficulté considérable du traitement du cancer de la langue, par suite de l'envahissement précoce et important des ganglions (75 pour 100 et bilatéralité dès que la lésion atteint et dépasse la ligne médiane).

Il préconise dans les *cancers dorso-linguaux antérieurs*, après la préparation de la bouche, la radiumpuncture de la tumeur linguale pendant une semaine. Elle provoque de l'œdème de la langue et de la desquamation de la muqueuse. Il y a possibilité d'hémorragie au moment où l'on retire les aiguilles. L'évidement chirurgical de la région ganglionnaire doit suivre. Toute exérèse limitée est pire que l'abstention. L'irradiation complémentaire sera faite seulement si le curage ganglionnaire paraît incomplet. En cas de cancer débutant, ablation de la tumeur au bistouri électrique. En cas de cancer de la pointe, évidement bilatéral, à 3 semaines de distance.

Dans les formes avancées, radiumpuncture linguale; évidement bilatéral seulement, si ganglions mobiles. Si adénopathies volumineuses et fixées: radiumthérapie, mais elle n'est qu'un pis-aller et l'on n'y aura recours que si une bonne chirurgie est impossible. Dans ces cancers dorso-linguaux: 83 pour 100 d'envahissement ganglionnaire; 23 pour 100 de guérisons.

Les cancers infra-linguaux se propagent rapidement au plancher de la bouche (17 guérisons sur 93 cas, Roux-Berger). *Dans les épithéliomas dorso-linguaux postérieurs*, la radiumpuncture est impossible; on utilisera les irradiations par foyers extérieurs (9 guérisons pour 91 cas).

La récidive linguale relève de la chirurgie. L'électrochirurgie a comme inconvénient la possibilité d'hémorragie secondaire. *Les récidives ganglionnaires* sont beaucoup plus graves. La radiothérapie seule possible donne des résultats franchement mauvais.

C. Ruppe.

Dechaume. ***Nécrose des maxillaires consécutive à la curicthérapie interne*** (*Revue de stomatologie*, année 39, n° 2, Février 1937, p. 89-106). — Par la curiethérapie interne, on introduit dans l'organisme des corps de la famille du radium (radium ou radon), de la famille du mésothorium, de l'actinum (plus rarement).

Les émanations du radon passent dans le sang et sont rapidement éliminées par la respiration. Les radio-éléments solides se fixent sur certaines cellules, leur durée de rétention dépend de la rapidité de leur élimination et de leur transformation. Selon Zimmern, le mésothorium et le thorium forment des composés complexes et insolubles qui se fixent sur la moelle osseuse et sur les organes hématopoïétiques. Lacassagne et Lattes indiquent que le polonium s'élimine par les reins et le foie, et est retenu dans le système réticulo-endothélial. Il produit des radiations jusqu'à désintégration.

En somme, ces corps sont retenus dans l'intérieur des cellules, continuent à émettre leur rayonnement et altèrent les cellules.

Il y a difficulté d'apprécier les doses, de surveiller l'accumulation des corps radio-actifs pour pouvoir suspendre le traitement en temps utile. Un autre danger est la longueur de temps qui peut se passer avant qu'aucun signe n'apparaisse (Flinn).

Au niveau des maxillaires, on assiste à la chute des dents, à la séquestration lente et peu douloureuse des maxillaires, sans réaction périostée. L'os est friable en surface, et il faut aller loin pour trouver de l'os normal. De cette façon, la branche horizontale peut s'éliminer. Au maxillaire supérieur, la voûte palatine subsiste seule, le sinus largement ouvert s'infecte.

Il est difficile de prévoir la gravité suivant la quantité ou la nature du corps injecté et de fixer la date de terminaison des accidents, par élimination complète des corps radio-actifs, car nous savons mal leur devenir dans l'organisme. La recherche de la phosphatasémie a peut-être son intérêt, car l'hyperphosphatasémie témoigne d'un pouvoir de défense de la moelle osseuse.

Contre ces accidents, nos moyens de défense sont précaires: traitement général par la vitamine D; traitement chirurgical palliatif en cas d'accidents inflammatoires ou douloureux.

Les médecins américains ont nettement pris position contre les injections de substances radioactives. Lacassagne est moins exclusif et conclut: « La connaissance de ces faits impose aux médecins la plus grande prudence dans la pratique des injections de corps radio-actifs à vie longue. »

C. Ruppe.

Jouve. *Le noma typhique* (*Revue de stomatologie*, année **39**, n° 2, Février 1937, p. 79-88. — Le noma typhique n'est pas si rare qu'on le dit (2 cas sur 40 cas de fièvre typhoïde). Il a un mauvais renom (70 à 100 pour 100 de mort); ce pronostic est modifié par l'emploi de courants d'oxygène (Dr Salmon). Selon J., le noma typhique est une stomatite gangréneuse due aux microbes anaérobies qui se développent à la faveur d'une infection éberthienne. Elle se produit surtout chez des filles, de 4 à 11 ans; de préférence au 3e septénaire, parfois pendant la convalescence. La gravité de la fièvre typhoïde est un facteur indiscutable mais non constant. Insistons sur la latence du début, la disproportion entre l'étendue des lésions en profondeur et leur aspect superficiel; l'évolution jugale ou parfois vestibulaire avec dénudation des dents et évolution vers l'orbite. La broncho-pneumonie et la diarrhée toxique sont les complications qui emportent habituellement les malades.

C. Ruppe.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

H. Bohn et W. v. Drigalski (Dantzig). ***Troubles de la glycémie et maladie d'Addison*** (*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° 3, 15 Janvier 1937, p. 87-90). — B. et D. rapportent un cas de gastrite chronique avec entérite typique du fait que les malades ne se plaignent que des effets secondaires de ces gastrites, sans en rechercher la cause initiale.

Le malade se plaignait de violents vertiges principalement le matin, quand il était à jeun; à ce moment d'ailleurs, il se sentait pris d'une véritable boulimie. Seulement, interrogé à ce sujet il disait que les digestions étaient très pénibles, en particulier pour les graisses. S'il ne surveillait pas l'alimentation, il avait de la flatulence avec production abondante de gaz intestinaux.

L'examen médical a révélé une entérite chronique avec gastrite et anachlorhydrie. Les symptômes gastriques en particulier étaient nets: sensibilité élective au point de Porges, selles très grasses. Comme cause d'entérite, on pouvait invoquer soit une dysenterie contractée pendant la guerre, soit une opération de Billroth-II que le malade avait antérieurement subie.

L'examen du métabolisme des hydrates de carbone montra des troubles importants de la régulation de la glycémie, allant jusqu'à atteindre 135 milligr. Cependant comme la glycémie à jeun était très basse, on ne pouvait incriminer un diabète sucré. D'ailleurs, l'absorption de 100 gr. de dextrose donnait un accroissement considérable de la glycémie suivi d'une chute brutale.

Ces troubles de la régulation du glucose, ainsi que les troubles observés le matin à jeun, seraient dus à des lésions pancréatiques et cortico-surrénales associées, ces dernières donnant une symptomatologie voisine de la maladie d'Addison, bien que l'adynamie et l'asthénie intenses aient fait défaut.

C'est l'entérite qui provoquerait, soit par voie réflexe, soit par voie toxique, l'irritation pancréatique, il y a hyperproduction d'insuline, provoquant ainsi des accès hypoglycémiques. L'hypersécrétion insulinique détermine une hypersécrétion de compensation d'adrénaline, qui finalement altère les surrénales et provoque une sorte de maladie d'Addison.

Le traitement d'une telle affection consiste en une diététique prolongée longtemps et associée à des préparations médicamenteuses. Dans le cas décrit, on a réussi à faire disparaître pendant plusieurs semaines les accès hypoglycémiques, mais une glycosurie a cependant persisté.

Guy Hausser.

B. Kemkes (Francfort-s.-Mein). ***Méningite à entérocoques*** (*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° **6**, 5 Février 1937, p. 196-197). — Les méningites à entérocoques sont très rares, et il en est peu de cas observés. K. en rapporte 2 à propos desquels il demande de bien regarder, en cas de méningite à streptocoques, afin de voir s'il ne s'agirait pas en réalité d'entérocoques.

Les deux cas observés étaient analogues. Il s'agissait d'hommes en bonne santé qui présentèrent subitement de fortes céphalées, une grande somnolence et de l'apathie. Les ponctions lombaires montrèrent de nombreux éléments cellulaires (respectivement 2.400/3 et 2.300/3). Le méningisme augmenta rapidement dans les deux cas et amena la mort en peu de jours.

L'autopsie du premier cas a montré une méningo-encéphalite purulente, dans le deuxième cas une leptoméningite purulente principalement à la base cérébrale. Dans les deux on a trouvé l'entérocoque en abondance dans les foyers purulents.

On ne put trouver comment l'infection à entérocoques s'était déclarée dans les méninges. La rapidité de l'évolution a été la même dans les deux cas et a empêché tout traitement par des autovaccins.

Guy Hausser.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig)

A. Beutel et Fr. Strnad. *Analyse et diagnostic différentiel des processus rétrécissant la lumière bronchique à l'aide de la bronchographie* (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. **55**, n° 2, Février 1937, p. 118-155). — L'étude de B. et S., qui ont pratiqué près de 700 bronchographies, effectuées, d'ailleurs, en tenant compte des contre-indications, sans incident notable, est basée sur 200 cas de rétrécissements de la lumière bronchique observés au cours de 8 années.

Ces rétrécissements sont groupés en 2 grandes catégories: 1° les *rétrécissements dus à un processus expansif* (d'origine extra- ou intra-bronchique, intra-pulmonaire, ou de la paroi); 2° les *rétrécissements dus à un processus destructif* (d'origine extra- ou intra-bronchique).

Ils étudient les modifications morphologiques que permet de relever la bronchographie en fonction des lésions causales, et le diagnostic différentiel, ainsi que les sténoses bronchiques congénitales.

Voici le résumé de leurs recherches que rendent plus claires de nombreux agrandissements de clichés.

Dans les rétrécissements du 1er groupe, d'origine extra-bronchique, on note des indentations uni- ou multiloculaires qu'il y a lieu de différencier d'aspects lacunaires, et qui, très accentuées, peuvent réaliser une image de sténose beaucoup plus accusée, même complète, d'aspects variables, et pouvant même s'accompagner de dilatation en amont.

Au niveau de la bifurcation un tel processus tend à écarter celle-ci en en arrondissant l'angulation, en même temps que peut exister une diminution de calibre des bronches principales et même des bronches souches.

Dans les cas d'*origine intra-bronchique*, quand existe une occlusion complète de la bronche, on constate une dilatation en forme de coupe à limites nettes et régulières; s'il n'existe qu'une occlusion partielle, c'est une image lacunaire arrondie, bien limitée, qui peut s'accompagner d'une image effilée; il peut être très intéressant dans ces cas de prendre des clichés en décubitus.

Quand intervient une *cause intra-pulmonaire*, il existe un rétrécissement étendu des bronches, rétrécies, aplaties, et parfois même accolées les unes aux autres.

Dans les lésions qui ont pour *origine la paroi thoracique*, le bronchogramme montre l'extension du processus, la compression du poumon, le rapprochement des bronches qui peuvent être rétrécies et aplaties.

B. et S. rapportent les constatations faites dans un cas de *sténose congénitale* (sténose en cône tronqué) et exposent le diagnostic différentiel.

Dans les rétrécissements du 2e groupe, d'origine extra-bronchique, il y a association des signes de néoformation et de destruction; B. et S. insistent sur les difficultés de leur interprétation.

Quand il s'agit d'une *origine intra-bronchique*, il existe de nombreuses variétés de sténose totale sur lesquelles insistent B. et S.; il en est de même pour les sténoses partielles qui peuvent être concentriques ou excentriques, qu'il s'agisse de processus destructifs d'origine intra-bronchique seuls, ou associés à des néoformations extra-bronchiques.

Il faut mettre à part une forme spéciale, la pseudo-polypose.

Il est difficile de mettre en évidence les phénomènes de destruction des moyennes et petites bronches; B. et S. rappellent les causes possibles de ces processus et les éléments de leur diagnostic.

B. et S. signalent enfin les signes de rétrécissement de la *trachée*, et l'intérêt que présente pour leur étude l'emploi des substances de contraste, ainsi que la *papillomatose de la trachée*.

Morel Kahn.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

E. Adrogue et J. Tettamanti. *Rétinites leucémiques* (*La Prensa Medica Argentina*, t. **24**, n° 3, 20 Janvier 1937, p. 153-157). — On peut distinguer 3 grandes classes de leucémies: les leucémies myélogènes; les leucémies lymphatiques à forme aiguë ou chronique, et enfin les leucémies à lymphosarcomatose. Dans la première forme, les éléments médullaires prédominent dans le sang, dans la seconde ce sont les éléments lymphoïdes et

dans la dernière, les éléments prédominants sont des éléments jeunes, non évolués.

En général les rétinites leucémiques se rencontrent dans les leucémies myélogènes. Elles s'accompagnent souvent de surdité temporaire partielle ou même totale et définitive. L'examen du fond d'œil permet de mettre en évidence une coloration plus claire de la rétine, tirant sur le jaune. Cette coloration, très discutée du point de vue physio-pathologique, ne se voit pas toujours ou n'est pas très nette. Le fond de l'œil paraît grumeleux, la papille est blanchâtre et de contours diffus, par suite de l'œdème des tissus du nerf optique. Cet œdème n'est d'ailleurs pas limité au nerf, mais comprend encore une bonne partie du tissu rétinien et englobe même la macule. Les vaisseaux de la choroïde sont pâles. Les veines sont rosées, les artères jaunâtres. Entre autres altérations vasculaires, il faut citer la dilatation, qui ne porte souvent que sur les veines, et qui est très irrégulière. Elle se présente en général sous forme de petits renflements disséminés sur le parcours des veines.

Les hémorragies rétiniennes sont très variables. Tantôt elle n'existent pas ou sont insignifiantes, tantôt elles sont tellement abondantes, qu'elles simulent une thrombose de la veine centrale de la rétine. De même les foyers blanchâtres qui se rencontrent dans les rétinites leucémiques sont de nature très variable : tantôt ils ont un aspect cotonneux et comme ouaté, tantôt ils prennent l'aspect de minces rubans ou de petits amas blancs bordés d'un mince anneau hémorragique. Leur place même est essentiellement variable. En général, ils sont soit à la périphérie de la rétine, soit au pôle postéro-inférieur. Généralement le pronostic de cette affection est grave. En principe lorsque l'état général est rétabli, il reste, ophtalmologiquement parlant, des séquelles de rétinite, qui se traduisent à l'ophtalmoscope par un aspect de péri-vascularite. L'examen de l'œil ne permet pas de déceler l'étiologie des rétinites. Seul un examen général et surtout les examens de laboratoire permettent de rattacher une rétinite à une leucémie.

Robert Coronel.

G.-A. Mortola et **G. Ruff.** ***La polypeptidémie post-opératoire. Indice uréo-polypeptidémique du sang*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **24**, n° 3, 20 Janvier 1937, p. 157-162). — M. et R. ont basé leur travail sur l'observation de 12 cas cliniques. Sur ces 12 opérés, 4 le furent pour un ulcus de la petite courbure, 4 pour un ulcus duodénal, 1 pour un ulcère gastrique, les 3 autres cas furent : une ankylose de la hanche, une endartérite oblitérante et enfin une urgence abdominale. Huit malades firent une convalescence normale, 3 présentèrent quelques troubles et le dernier décéda.

Chez les 8 malades dont les suites post-opératoires furent normales, le taux de l'urée sanguine s'éleva et atteignit pour certains jusqu'à 1 gr. 70. Par contre, la polypeptidémie se maintint dans les limites habituelles.

Chez les 3 malades qui présentèrent quelques troubles post-opératoires, la polypeptidémie accusa une légère augmentation. Mais il faut noter que chez un de ces malades, le taux polypeptidémique était déjà au-dessus de la moyenne normale avant l'opération. Enfin le dernier cas, une urgence abdominale, qui mourut quelque temps après l'opération (il est bon de noter que c'était un vieillard) et dont la polypeptidémie accusa une élévation considérable de son taux (puisqu'il atteignit 134,4) alors que son urée sanguine s'élevait à peine à 0 gr. 65. Taux excellent si l'on tient compte de ce que nous avons dit plus haut, à savoir qu'il s'agissait d'un vieillard. La conclusion de M. et R. est que lorsque le taux de la polypeptidémie augmente assez fortement, le pronostic doit être réservé, alors que l'augmentation du taux d'urée sanguine, sans augmentation de la polypeptidémie, est l'indice assez favorable d'une guérison rapide et sans accidents.

Robert Coronel.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

I. Natin et **R.-J. Rovère.** ***Les lésions rénales dans les anthrax*** (*La Semana Medica*, t. **44**, n° 6, 11 Février 1937, p. 423-428). — Jusqu'ici l'on n'a pas attaché assez d'importance aux lésions anatomo-pathologiques qui accompagnent les infections charbonneuses. Or, non seulement celles-ci existent, mais encore elles sont assez graves pour modifier l'évolution clinique de ces affections. Parmi les organes atteints, le rein est le plus fréquemment touché.

N. et R. rapportent le cas d'un malade atteint d'un anthrax de l'avant-bras gauche. Entré dans le service 5 jours après le début de la maladie. Traitement par injections peptonées et applications locales de diathermie. Pendant l'évolution de la maladie on note une courte période de délire. 9 jours après le début de l'affection il entre en convalescence, quand, 3 jours après, le délire réapparaît, et le malade entre dans un coma à rythme de Cheyne-Stokes. Le décès a lieu 4 jours après.

Le dosage d'urée montra une progression constante de son taux d'urée sanguine : de 0,56 gr. à 2,73 gr. Les urines sont troubles et sont glycosuriques.

L'autopsie révéla une sclérose ancienne avec petits foyers de hyalinisation des glomérules. Sclérose des capsules de Bowman. Le tissu vasculaire et le tissu interstitiel sont aussi sclérosés. Ces processus sclérosants sont anciens. Mais à ceux-ci sont venus s'ajouter : une glomérulo-néphrite hémorragique aiguë et une néphrite. Affections aiguës qui se traduisent histologiquement par un œdème et une congestion des glomérules, une dilatation tubaire, tuméfaction cellulaire avec destruction nucléolaire ; hémorragies interstitielles récentes. Ce cas bien particulier, puisque N et R. n'en ont rencontré qu'un seul en 17 ans, se rapproche de celui de Cornil, cas où l'évolution d'un anthrax se termina par la mort du malade, par néphrite et glomérulite.

N. et R. concluent à une lésion rénale aiguë, qui ayant continué à évoluer, alors que la guérison de l'anthrax était obtenue, emporta le malade. Ce cas fort rare dans la littérature médicale méritait de retenir l'attention des praticiens.

Robert Coronel.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Teufl. ***Diagnostic de l'infarctus du myocarde et réaction de Weltmann (coagulation du sérum)*** [*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 2, 15 Janvier 1937, p. 58-64]. — Se basant sur 27 observations, dont 17 comportant une vérification du diagnostic par autopsie, T. critique la valeur des différents symptômes de l'infarctus du myocarde. Il insiste sur l'électrocardiogramme (tout en notant que l'absence d'une courbe caractéristique ne permet pas d'exclure le diagnostic d'infarctus), sur l'étude de la vitesse de sédimentation (dont la valeur lui a paru inconstante), enfin et surtout sur l'étude de la coagulation du sérum. En ce qui concerne la technique très simple de cette dernière, il renvoie à de précédentes publications; quant aux résultats, il leur accorde une grosse importance : il faut bien entendu que leur interprétation soit faite à la lumière de l'ensemble du tableau clinique, et aussi que l'on se souvienne que le raccourcissement du temps de coagulation n'est pas pathognomonique de l'infarctus du myocarde, mais d'un processus nécrotique quelconque. G. Basch.

Dattner. ***Contribution à la pathogénie de la sclérose en plaques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 3, 22 Janvier 1937, p. 87-92). — D. s'est d'abord attaché à l'étude des rapports de la S. en plaques avec la tuberculose; mais s'il a constaté l'existence d'une R. de Besredka (R. de déviation du complément avec antigène tuberculeux) positive dans 2/3 des cas de S. P. suivis (71), cette réaction est trop variable d'une semaine à l'autre et il a été trop rarement retrouvé de stigmates autres de tuberculose chez les sujets à réaction positive, pour qu'on puisse tirer des conclusions valables.

Orienté par certains faits cliniques, D. a alors étudié systématiquement le fonctionnement du tube digestif chez ses malades, et mis en évidence dans 37 pour 100 des cas une hypo ou anachlorhydrie, qui, chez certains, était réfractaire à l'histamine. L'hyperchlorhydrie était beaucoup plus rare (14 pour 100), semblant plutôt observée au début, et jamais aussi importante que chez les épileptiques par exemple. Enfin il n'était pas rare de voir les troubles des sécrétions gastriques s'accompagner d'altérations sanguines très analogues à celles que l'on observe soit dans l'anémie pernicieuse, soit dans les anémies hypochromes. On peut se demander si un certain nombre de faits étiquetés sclérose en plaques ne doivent pas être mis sur le même plan que les myéloses funiculaires observées dans les anémies, et si le facteur primordial à l'origine des troubles en question n'est pas l'absence ou l'insuffisance d'un principe ou d'une substance essentiels : le principe de Castle, dont le rôle a été amplement démontré dans les anémies pernicieuses, par exemple, ou le fer, dont la teneur insuffisante joue un rôle dans les anémies hypochromes.

D. compare ensuite et rapproche les troubles de la sécrétion gastrique observés dans la S. P. de ceux qu'on observe dans certaines maladies par carence : pellagre, beri-beri. Il passe en revue les symptômes ou caractéristiques qui sont communs à la S. P. et à l'une ou l'autre de ces affections (évolution capricieuse, saisonnière, sensibilité extrême à la lumière solaire, analogie des troubles nerveux, polynévrite, névrite rétrobulbaire, etc.).

Cet ensemble de faits assez confus et dont les rapports réciproques sont difficiles à interpréter, ensemble que D. apporte en contribution au problème si complexe des S. P., constitue une base pour de nouvelles recherches et l'auteur se garde de conclusions prématurées. G. Basch.

Sgalitzer. ***La röntgenthérapie générale dans les maladies du sang*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 4, 29 Janvier 1937, p. 125-127). — Le grand avantage obtenu en éloignant la source de rayons de 1 m. 50 environ est d'une part d'irradier aussi bien le système lymphatique que la rate et la moelle osseuse, et d'autre part d'obtenir en profondeur une intensité qui, au lieu d'être infime par rapport à celle de l'irradiation des régions superficielles, arrive à être la moitié de celle-ci. En alternant les applications sur la face ventrale et sur la face dorsale, on soumet donc les organes profonds à une irradiation aussi intense que celle des téguments. S. a surtout obtenu d'excellents résultats dans la polyglobulie : il fait 6 applications pendant 6 jours consécutifs, puis une semaine après une numération de contrôle ; le nombre des G. R. n'est pas encore influencé généralement ; par contre, dans un certain nombre de cas, le nombre des globules blancs diminue de 20 à 30 pour 100, ce qui est de bon pronostic. Ultérieurement, S. fait de 12 à 22 séances réparties sur un espace de temps de 2 mois 1/2 dans les cas sensibles, de 4 semaines dans les cas résistants. On obtient ainsi un retour à la normale du nombre des G.R. et des G.B. Les récidives s'observent de 1 à 5 ans après le traitement et sont encore plus favorablement influencées par lui que la première atteinte.

En ce qui concerne la leucémie, ce traitement, combiné avec des irradiations locales, constitue un progrès sensible au point de vue des résultats obtenus. G. Basch.

Reger. ***Un cas de paralysie du plexus brachial au cours d'une polynévrite diphtérique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 5, 5 Février 1937, p. 162). — R. rapporte l'observation d'une fillette de 14 ans chez laquelle on vit apparaître, au cours d'une polynévrite typique consécutive à une angine diphtérique sévère, une paralysie des muscles de la ceinture scapulaire. L'avant-bras et la main étaient respectés comme dans une paralysie type Duchenne-Erb dont la différenciait cependant la non-participation du biceps.

Les troubles moteurs avaient été précédés par des paresthésies qui ne disparurent que plusieurs semaines plus tard, et s'accompagnaient également d'un degré marqué d'ataxie, traduisant l'atteinte de la sensibilité profonde, alors que la sensibilité superficielle était normale. G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Fessler. ***Influence de la crise économique sur la fréquence des maladies vénériennes*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n°s 4 et 5, 23 et 30 Janvier 1937, p. 95-98, et p. 121-124). — F. rappelle les travaux faits dans différents pays, travaux établissant que la fréquence des maladies vénériennes augmente pendant les périodes de prospérité économique et diminue, au contraire, en temps de crise. Il publie une statistique concernant les malades de la section des maladies vénériennes de l'hôpital Wilhelmine, à Vienne, et portant sur les années 1926 à 1935: après une augmentation passagère les deux premières années de la crise (due peut-être à l'afflux des chômeurs ayant quitté les Caisses d'assurances pour l'hôpital), il y a eu une chute très sensible du pourcentage des maladies vénériennes; si l'on compare les chiffres concernant la syphilis primaire et secondaire en 1927 et en 1933, on trouve respectivement 1,3 pour 100 et 0,6 pour 100. Ces résultats concordent avec ceux des statistiques publiées dans les différents pays d'Europe, statistiques hospitalières pour la plupart, et qui accusent également une augmentation modérée, suivie d'une baisse très notable. Ils confirment donc la loi générale.

Par contre, le nombre de cas de gale a monté considérablement de 1932 à 1934, parallèlement à l'accroissement du nombre de sans-travail, mais avec un certain décalage, l'épidémie de gale se manifestant au moment où les effets sociaux de la crise (misère, locaux insalubres, manque d'hygiène, etc...) se faisaient sentir au maximum.

G. Basch.

Arnstein. ***La tuberculose miliaire généralisée chez les vieillards*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n° 6, 6 Février 1937, p. 152-157). — La tuberculose miliaire est plus fréquente chez les vieillards qu'on ne le croit habituellement. A. donne la statistique suivante pour Vienne en 1935: 2,7 pour 100 de cas de 0 à 5 ans; 0,36 pour 100 de 6 à 60 ans, et 1,5 pour 100 au-dessus de 60 ans. Les conditions nécessaires à son apparition, et qui semblent plus facilement réalisées chez les gens âgés qu'à l'âge moyen de la vie, sont le passage de bacilles de Koch dans la circulation, et la rupture de l'immunité générale ou locale. En général, l'évolution est moins rapide que dans le jeune âge, bien qu'on puisse quelquefois observer des formes méningées, typhiques ou pulmonaires; on peut voir assez souvent des formes latentes ambulatoires; enfin la tuberculose miliaire est souvent la manifestation terminale d'une tuberculose viscérale restée de longues années quasi stationnaire.

G. Basch.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES
(Louvain)

J. Bisoux. ***L'équilibre uréique de base*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **8**, n° 9, Novembre 1936, p. 593-624). — Chez le sujet normal « au ralenti », il existe un équilibre entre la quantité d'urée contenue dans le corps et le débit uréique urinaire du moment, ramené aux 24 heures. La quantité d'urée éliminée par les reins pendant 24 heures est égale à la quantité qu'il possède dans le corps. Toutefois, le niveau de son équilibre est variable, certains sujets ayant une consommation de base peu importante.

L'équilibre uréique de base se traduit par une formule et chez le sujet normal est égal à l'unité.

L'équilibre uréique de base constitue une épreuve clinique de la fonction uréique. Elle indique le pourcentage de la valeur fonctionnelle du rein au moment de l'examen.

L'analyse des observations montre l'inutilité d'un dosage fortuit de l'urée sanguine qui peut être élevé malgré un déficit rénal grave.

Il y a une différence essentielle au point de vue du pronostic entre l'hyperazotémie des inflammations aiguës et celle des néphrites chroniques.

Robert Clément.

O HOSPITAL
(Rio-de-Janeiro)

F.-A. de Moura Campos. ***Résistance aux différences de températures et à l'avitaminose (Vitamine B) chez les animaux nourris avec de la thyroïde et de l'extrait d'hypophyse*** (*O Hospital*, vol. **11**, n° 1, Janvier 1937, p. 1-10). — Dans des travaux antérieurs, M. C. avait déjà démontré que la thyroïde sensibilisait les animaux à ce qu'il appelle le *complexe éosine-lumière* et que les animaux nourris avec de l'extrait thyroïdien voyaient leur résistance à l'abaissement du taux d'oxygène diminuée. Continuant ses expériences M. C. s'attaque maintenant aux problèmes de la résistance aux oscillations thermiques et de la résistance à l'avitaminose.

Des têtards sont nourris avec de l'extrait de thyroïde, et plongés dans l'eau. On place dans les mêmes conditions des têtards qui serviront de témoins, et qui, eux, reçoivent une alimentation normale (caséine). On élève peu à peu la température de l'eau dans laquelle sont les têtards. Après de multiples expériences, on voit que les têtards nourris avec de la thyroïde ne peuvent supporter plus de 36°5 à 38° au maximum, alors que les têtards nourris normalement résistent jusqu'à 44°-45°. Donc l'ingestion de thyroïde paraît diminuer sensiblement la résistance des animaux à la chaleur. S'il est intéressant de connaître la température de résistance maxima il est aussi intéressant de connaître le minimum de température nécessaire à la vie animale. M. C. répéta ses expériences sur des têtards, nourris de la même façon que précédemment, mais plongés cette fois-ci dans de l'eau à 5°, puis à 0°5 et enfin à 0°. Après avoir été plongés un certain temps dans cette eau glacée, les têtards sont plongés dans de l'eau à 22°5. Après 15 minutes d'exposition dans l'eau à 5° les têtards alimentés normalement revivent très bien dans l'eau à 22°5 alors que les autres têtards ne réagissent plus. De même une immersion de 10 minutes, de têtards alimentés à la thyroïde, dans de l'eau à une température de 0°5, provoque la mort de ceux-ci, alors que les autres réagissent à la chaleur au bout d'une dizaine de minutes. Il en va de même lorsque les expériences portent sur la résistance des têtards à une température de 0°. En résumé, ici encore, la thyroïde semble abaisser le seuil de résistance au froid.

Enfin M. C., voulant expérimenter la résistance d'animaux à l'absence de vitamine B, nourrit des rats au régime de Hawk-Bergein. Celui-ci est ainsi composé:

	GRAMMES
Caséine	20
Amidon	56
Beurre	15
Sels de Mendel et Osborne	4

Après une phase d'augmentation de poids qui dure une vingtaine de jours, il se produit, avec le régime de Hawk-Bergein, une seconde phase de dénutrition qui survient environ un mois après le début du régime. Chez les animaux nourris normalement, ces deux phases se produisirent aux dates indiquées. Chez les rats soumis à un régime additionné d'extrait hypophysaire, la phase de dénutrition s'instaura plus rapidement et d'une façon plus accusée. Cependant les courbes de résistance sont sensiblement les mêmes dans les deux séries de rats observées.

Robert Coronel.

G. Guimaraes Villela. ***La cholestérine et les lipoïdes biréfringents dans les urines*** (*O Hospital*, vol. **11**, n° 1, Janvier 1937, p. 43-54). — Il est d'usage courant de pratiquer des examens micro-polarimétriques des urines. Cependant certaines causes d'erreurs peuvent se glisser dans l'interprétation des résultats obtenus. Si, en effet, la présence de cholestérine dans les urines n'a pas une signification pathologique lorsqu'elle est en faible quantité, il n'en est pas moins vrai que le taux normal de cholestérine dans les urines est loin d'être établi. D'autre part, la présence de corpuscules biréfringents, mis en évidence pour la 1re fois par Kaiserling-Orgler, est le symptôme d'une affection qui fut décrite pour la première fois par Munk: la néphrose lipoïdique. Il semble aussi que dans la néphrose lipoïdique le taux du cholestérol soit sensiblement augmenté; on peut considérer qu'en moyenne, le taux normal peut aller jusqu'à 1 milligr. par 24 heures. (Ce taux peut s'élever dans les néphroses lipoïdiques jusqu'à 40 milligr. par 24 heures.)

Pour G. V. ainsi d'ailleurs que pour Grunke, l'élimination du cholestérol dans les urines est en relation directe: avec la teneur en cholestérol du sang et avec une lésion rénale. Les hyper-cholestérolémies présentant une élévation du taux de cholestérol dans les urines sans lésion rénale sont très rares. C'est ainsi qu'il résulte d'expériences faites, que tant qu'on n'a pas provoqué de lésions rénales sur des cobayes hyper-cholestérolémiés par ingestion quotidienne de cholestérol, on ne trouve pas de traces de cholestérol ou de lipoïdes biréfringents dans les urines. Ces derniers, qui se trouvent dans le dépôt sédimentaire urinaire, présentent au polarimètre un phénomène de double réfraction. Celui-ci se traduit par une croix de Malte. Ces lipoïdes sont, soit isolés, soit groupés en petits amas, soit encore inclus dans les cylindres albuminoïdes, ou même parfois dans des cellules épithéliales dégénérées. Il faut prendre garde de bien les différencier d'avec les cristaux de phosphate ou ammoniaco-magnésiens qui sont quelquefois biréfringents, certains urates, et les oxalates de calcium. Leur composition chimique exacte n'est pas encore bien définie. Munk attribue la biréfringence de ces lipoïdes à des éthers cholestériques.

Ces lipoïdes se rencontrent dans beaucoup d'affections, et seuls présents dans les urines, ils ne permettent pas de poser le diagnostic de néphrose lipoïdique. En effet, on en rencontre dans le tabes, les prostatites chroniques, l'éclampsie, les grossesses avec albumine, les néphroses lipoïdiques d'origine spécifique ou inconnue. Si bien que ce n'est qu'associée à d'autres symptômes que cette lipoïdurie permet d'affirmer qu'il s'agit d'une néphrose lipoïdique.

Robert Coronel.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

E. P. Joslin, L. I. Dublin et **H. Marks.** ***Recherches sur le diabète. V. L'hérédité*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **193**, n° 1, Janvier 1937, p. 8-22). — L'influence de l'hérédité dans l'étiologie du diabète, bien qu'obscurcie par d'autres facteurs, est indiscutablement d'une importance majeure. Le pourcentage de patients indiquant des cas de diabète dans leur famille est fort grand, même quand l'enquête est restreinte à certains degrés de parenté.

Chez 24,5 pour 100 des malades de la série étudiée ici, il existait une hérédité diabétique. Des pourcentages encore supérieurs furent trouvés dans des catégories spéciales, par exemple parmi les femmes comparées aux hommes; parmi les cas récents comparés aux cas anciens; chez les enfants diabétiques, en particulier chez ceux qui furent en observation pendant une longue période de temps comparés avec ceux qui succombèrent; chez les médecins comparés aux autres patients; chez les Israélites comparés aux non-Israélites; chez les jumeaux univitellins comparés aux jumeaux bivitellins. Les pourcentages de malades diabétiques ayant une hérédité familiale positive sont de beaucoup plus élevés que ceux qui concernent les catégories témoins non diabétiques. Ainsi, en prenant des pères et mères âgés de 30 à 59 ans, on voit que 8,6 pour 100 des pères et mères de diabétiques étaient aussi diabétiques, comparés à 0,5 pour 100 des pères et mères de non diabétiques. Avec des pères et mères âgés de plus de 60 ans on trouve que 9,3 pour 100 des pères et mères de diabétiques étaient aussi diabétiques tandis que le taux n'est que de 3,8 pour 100 pour les pères et mères de non diabétiques. Des différences similaires se constatent chez les rejetons des diabétiques et des non diabétiques. On observa une fréquence du diabète chez les parents et les grands-parents des enfants diabétiques dépassant la normale de 2 fois à 2 fois et demie.

La prédisposition au diabète semble se transmettre héréditairement en tant que caractère mendélien récessif. Les travaux de Pincus et White à ce sujet montrent que les nombres observés de rejetons diabétiques issus de parents diabétiques approchent dans des limites assez étroites les nombres que l'on doit escompter en se basant sur la récessivité, ce qui permet d'en conclure que la théorie de la récessivité s'accorde le mieux avec les faits d'observation.

P.-L. Marie.

M. Finland, J. Ruegsegger, H. E. Dowling et **R. C. Tilghman.** ***Infections dues au pneumocoque du type VII*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **193**, n° 1, Janvier 1937, p. 48-58). — Par ordre de fréquence dans l'étiologie de la pneumonie, le pneumocoque du type VII se range parmi les 4 types les plus communs compris précédemment dans le groupe IV où l'on avait mis pêle-mêle provisoirement de nombreux types encore mal classés immunologiquement.

En 6 ans, les auteurs, employant la méthode rapide d'identification de Sabin, l'ont isolé 195 fois; dans 29 cas, il ne s'agissait pas de pneumonie, mais soit d'une infection suppurée en foyer dans 10 cas (méningites, otites, péritonite), soit d'infections respiratoires aiguës sans pneumonie dans 16 cas.

Les auteurs analysent les 160 cas de pneumonie relevant de ce germe, y compris 30 bronchopneumonies. Dans 15 pour 100 des cas il y avait infection mixte (pneumocoques d'autres types dans 6 cas, streptocoque hémolytique dans 7 cas, *Str. viridans* dans 3 cas, *B. influenzæ* dans 7 cas, bacille tuberculeux dans 3 cas). Tous les malades avaient plus de 12 ans.

Dans 1/5 des cas il s'agissait de bronchopneumonie à lésions pulmonaires atypiques ou moins typiques que dans la pneumonie lobaire classique. Beaucoup de ces cas « atypiques » étaient secondaires à d'autres maladies graves et le taux de mortalité fut en conséquence élevé; la moitié néanmoins étaient des pneumonies d'apparence primitive et elles comportèrent une mortalité semblable à celle qu'on rencontre dans les pneumonies lobaires dues au même type et qui se montre très variable selon la saison. Elle est 3 fois plus forte chez les sujets qui présentent de la pneumococcémie. Les complications suppurées en foyer sont plutôt rares.

Les auteurs insistent sur l'intérêt que présente l'identification précoce du type de pneumocoque en présence de toute infection pulmonaire aiguë, et non pas seulement en présence de symptômes classiques de pneumonie lobaire.

P.-L. Marie.

M. Finland, R. C. Tilghman, J. M. Ruegsegger et **H. E. Dowling.** ***Observations cliniques et immunologiques dans des cas de pneumonie (pneumocoque du type VII) traités par le sérum spécifique concentré*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **193**, n° 1, Janvier 1937, p. 59-81). — Dans 30 des 160 pneumonies dues au pneumocoque VII, la sérothérapie spécifique fut mise en œuvre. Sauf dans 2 cas il s'agissait de pneumonie lobaire typique. Le taux de mortalité fut notablement moins élevé que dans les cas où l'on ne fit pas de sérum, et la durée de la phase aiguë fut apparemment raccourcie, en tenant compte des nombreux autres facteurs en jeu (saison, âge, etc...).

Les recherches immunologiques (mesure du taux des agglutinines, détermination du pouvoir protecteur du sérum des malades chez la souris) établirent que l'on peut obtenir un taux suffisant d'anticorps spécifiques et le maintenir dans le sang des malades atteints de pneumonie du type VII au moyen d'une sérothérapie faite à doses convenables.

L'anticorps protégeant la souris à l'égard du type homologue de pneumocoque put être mis en évidence à un taux assez élevé durant la phase aiguë de la maladie et avant la sérothérapie dans une forte proportion de cas de pneumonie du type VII. On le retrouva dans le sérum de la plupart des adultes normaux. Mais on ne put démontrer la présence d'agglutinines spécifiques de ce type de pneumocoque dans ces mêmes conditions.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF SURGERY (Chicago)

Michael E. De Bakey (New-Orleans). ***Ulcère peptique. Etude expérimentale du rôle protecteur joué par le liquide alcalin contenu dans le duodénum*** (*Archives of Surgery*, vol. **34**, n° 2, Février 1937, p. 230-267). — Le rôle protecteur de l'alcalinité des liquides duodénaux est très variablement apprécié et les expériences faites à ce sujet sont parfois contradictoires.

L'auteur a cherché à nouveau dans cette voie en contrôlant l'effet isolé des trois sécrétions qui constituent l'ensemble du liquide duodénal: sécrétion intestinale du duodénum, sécrétion biliaire et sécrétion pancréatique. Il a cherché à isoler l'action de ces différents liquides sur des chiens chez lesquels il a déterminé l'apparition d'ulcères peptiques gastro-jéjunaux.

Voici les différentes expériences pratiquées chez 60 chiens, quatre variétés d'expérimentation ont été faites.

Groupe I. 20 chiens: Résection pylorique pour exclusion et gastro-entérostomie antérieure: 10 ulcères peptiques (50 pour 100).

Groupe II. 10 chiens: Résection pylorique et gastro-entérostomie suivie de la dérivation du suc pancréatique (abouchement du canal pancréatique dans l'iléon): 7 ulcères peptiques (70 pour 100).

Groupe III. 20 chiens: Même opération d'exclusion et de gastro-entérostomie avec dérivation de la sécrétion biliaire par le même procédé que le groupe précédent: 18 ulcères peptiques (90 pour 100).

Groupe IV. 10 chiens: Même procédé d'exclusion, mais dérivation des deux sécrétions biliaire et pancréatique toujours par le même procédé: 10 ulcères peptiques (100 pour 100).

L'influence de la dérivation des sécrétions pancréatique et biliaire n'est donc pas douteuse, elle est du reste anciennement connue.

On peut conclure avec l'auteur que:

1° Le suc duodénal pur joue un rôle protecteur peu important car il n'a pas empêché l'apparition constante de l'ulcère peptique dans le Groupe IV où les sécrétions biliaire et pancréatique étaient absentes.

2° La sécrétion pancréatique et surtout la sécrétion biliaire semblent jouer un rôle protecteur considérable. L'auteur attribue ce rôle de protection avant tout à la nature alcaline de ces différents liquides qui neutraliserait ainsi le chyme acide de l'estomac.

F. d'Allaines.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

P. Harmon et **H. Harkins.** ***La signification des substances neutralisantes dans la résistance et la guérison de la poliomyélite*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 8, 22 Août 1936, p. 552-559). — La pathogénie si particulière de la poliomyélite, maladie exclusivement naso-pharyngienne et nerveuse, avec d'irrégulières invasions extraneurales du virus, explique la variabilité de la production d'anticorps neutralisants dans la maladie humaine ou expérimentale. La substance spécifique neutralisant le virus est unique dans la pathologie, en ce sens qu'elle existe plus souvent chez des adultes normaux, n'ayant eu aucune atteinte de poliomyélite ni aucun contact suspect, que chez les sujets convalescents, et la concentration moyenne de cette substance dans le sang des sujets immunisés naturellement est plus forte que dans celui des convalescents.

R. Rivoire.

E. Blaud, I. Jones et **P. White.** ***La disparition des signes physiques du rhumatisme cardiaque*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 8, 22 Août 1936, p. 569-573). — B., J. et W., d'une étude serrée portant sur 1.000 cas d'enfants et d'adolescents atteints de rhumatisme cardiaque, concluent ce qui suit: certains signes physiques considérés comme caractéristiques de maladies valvulaires peuvent parfois régresser et même disparaître finalement. B., J. et W. ont observé ce phénomène 83 fois en 10 ans, c'est-à-dire dans près de 10 pour 100 des cas. Il est probable cependant qu'il persiste chez ces malades une minime cicatrice sans déformation valvulaire, ainsi que semble l'indiquer une autopsie pratiquée dans un cas.

R. Rivoire.

W. Palmer et **P. Woodall.** ***L'atophan. Existe-t-il une méthode d'administration inoffensive?*** (*The Journal of the American medical Association*; vol. **107**, n° 10, 5 Septembre 1936, p. 760-763). — Au cours des 10 dernières années, on a publié près de 200 cas d'ictère par atophan, dont la moitié mor-

tels. Par l'étude de ces diverses observations, les auteurs arrivent à la conclusion qu'il n'existe aucun moyen d'empêcher les accidents dus à cette drogue: en effet, dans certains cas, les sujets utilisaient le médicament depuis de longues années, lorsque survint brusquement l'ictère fatal; dans d'autres cas, l'administration de très petites doses du toxique, sous une stricte surveillance médicale avec arrêt immédiat de la médication dès l'apparition de troubles, n'empêcha pas la mort de survenir. Il ne fait donc pas de doute que ce médicament doit être rayé des cadres de la pharmacologie.

R. Rivoire.

M. Plotz. ***L'insuline post-prandiale*** (*The Journal of the American médical Association*, vol. **107**, n° 10, 5 Septembre 1936, p. 768-770). — P. insiste sur le fait que le rythme des injections d'insuline ne doit pas être invariable, mais qu'il doit être adapté à chaque malade. C'est ainsi que, dans certains cas, il y a intérêt à injecter le médicament après le repas et non avant. D'une longue série d'observations, P. conclut que l'on n'observe pas plus d'accidents hypoglycémiques, ni d'accidents plus sérieux, en injectant l'insuline après les repas qu'en l'injectant avant, selon la technique habituelle. D'autre part, cette technique a l'avantage de permettre au malade d'adapter la dose, non pas à ce qu'il compte manger, mais à ce qu'il a réellement mangé: cela est particulièrement intéressant pour les diabétiques à appétit capricieux ou chez ceux qui sont sujets à des vomissements.

R. Rivoire.

A. Bennett. ***La pyrétothérapie du tabes*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 11, 12 Septembre 1936, p. 845-849). — Alors que la chimiothérapie ne supprime les symptômes résistants du tabes (douleurs fulgurantes, crises gastriques, atonie, dysfonction vésicale) que dans 50 pour 100 des cas, et que la malariathérapie ne donne pas une proportion supérieure de guérison, avec de plus une mortalité de 10 à 20 pour 100, B. a obtenu, dans 11 cas de tabes, dont 4 tout à fait avancés, la disparition totale de ces symptômes en associant la chimiothérapie et la fièvre artificielle (avec l'appareil Kettering hypertherm): ces résultats étaient obtenus après l'échec des autres tentatives thérapeutiques. D'après B., cette thérapeutique combinée représente un progrès considérable dans le traitement du tabes.

R. Rivoire.

C. Barnacle, F. Ebaugh et **J. Ewalt.** ***Traitement de la paralysie générale. Etude comparée de l'hyperpyrexie et du traitement à la Tryparsamide combinés vis-à-vis de la malariathérapie : rapport préliminaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 13, 26 Septembre 1936, p. 1031-1035). — De cette étude comparée des deux traitements les plus employés de la paralysie générale, il semble résulter que les résultats obtenus sont exactement similaires: dans le premier groupe, en effet, 70 pour 100 des malades furent nettement améliorés et 63 pour 100 dans le groupe malaria. Il est donc probable que l'action de la malaria est uniquement une action pyrétothérapique, contrairement à ce que prétendent de nombreux auteurs.

Dans l'un et l'autre groupe, les réactions sérologiques du liquide céphalo-rachidien ne subirent pas une évolution parallèle à celle des troubles cliniques.

R. Rivoire.

H. Reiman. ***Le problème de la petite fièvre prolongée*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 14, 3 Octobre 1936, p. 1089-1094). — R. a étudié 16 femmes présentant depuis plusieurs années une température entre 37 et 38°, pour préciser si, oui ou non, il existait chez elles une infection ou une maladie organique responsable de cette fièvre. Un examen physique complet, une observation prolongée, des examens radiologiques, des réactions biologiques multiples, ne purent mettre en évidence la moindre affection causale. Il faut donc en conclure qu'une certaine proportion d'individus normaux ont une régulation thermique à un niveau légèrement supérieur à 37°.

R. Rivoire.

F. Theis et **M. Freeland.** ***Les maladies des artères périphériques : action du traitement par alternance de pressions positives et négatives sur le sang veineux et sur la température cutanée; rapport préliminaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 14, 3 Octobre 1936, p. 1097-1104). — T. et F. ont entrepris une étude très complète des échanges tissulaires et de la température cutanée chez des malades atteints d'artérite périphérique traités par la méthode des pressions négatives et positives alternées. Ils ont observé chez ces malades une accentuation des processus d'oxydation locaux, qui explique l'élévation de la température locale; mais ils n'ont pas constaté d'accélération de la circulation. A cet égard, la vasodilatation obtenue par la chaleur directe ou réfléchie est beaucoup plus effective.

Il y a donc intérêt à combiner les deux méthodes thérapeutiques, et cette combinaison a donné à T. et F. les meilleurs résultats cliniques.

R. Rivoire.

H. Alden. ***Une modification de la thérapeutique du lupus érythémateux par les sels d'or*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 15, 10 Octobre 1936, p. 1203-1208). — Le traitement du lupus érythémateux par les sels d'or intraveineux donne souvent de bons résultats, mais très souvent aussi des réactions auriques considérables, car il existe fréquemment chez ces malades une hypersensibilité à l'or. Devant la fréquence des accidents, la plupart des dermatologistes sont devenus très prudents dans l'administration des sels d'or. A. utilise une injection sous-cutanée de 10 milligr. d'une préparation d'hyposulfite d'or et de sodium tous les 2 jours. Cette thérapeutique lui a donné toujours des résultats comparables à ceux obtenus avec les gros traitements auriques, et jamais aucune réaction.

R. Rivoire.

M. O'Sullivan. ***Terminaison de mille crises de migraine par le tartrate d'ergotamine*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 15, 10 Octobre 1936, p. 1208-1212). — O'S., qui a étudié très complètement l'action du tartrate d'ergotamine dans la migraine, recommande d'injecter 0 milligr. 25 de la drogue dès le début de l'accès, et de répéter cette dose 3 heures après si l'action est insuffisante. Par la bouche, 1 ou 2 pillules sont nécessaires, mais les résultats sont un peu moins constants que par la voie sous-cutanée qui termine la crise dans 92 pour 100 des cas. Les accidents (nausées, vomissements, dérobement des jambes) sont jugulés par l'administration concomitante de 5/10 de milligr. d'atropine ou de 10 cmc de gluconate de calcium intraveineux. Aucun accident grave n'a été observé dans cette impressionnante série de cas, de sorte qu'on a peut-être exagéré les dangers de cette médication.

R. Rivoire.

B. Horton, G. Brown et **G. Roth.** ***Hypersensibilité au froid avec manifestations locales et générales de caractère histaminique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 16, 17 Octobre 1936, p. 1263-1269). — L'urticaire par le froid est une affection très curieuse, dont la pathogénie semble s'éclairer à l'heure actuelle. Il s'agit vraisemblablement d'un phénomène de libération d'histamine tissulaire, ou d'une substance analogue à l'histamine. La preuve en est fournie par le caractère localisé de cette urticaire, dont la propagation peut être limitée à un membre en liant la racine de ce membre par un garrot, après exposition de ce membre au froid. D'autre part, il semble que la guérison puisse être obtenue par l'injection intradermique d'histamine à doses progressives.

H., B. et R. insistent, dans cet article, sur la fréquence des accidents généraux, en particulier des syncopes, chez ces malades. Il semble que la plupart des « congestions » au cours des bains de mer soient dues à ce mécanisme.

R. Rivoire.

A. Barach. ***L'utilisation thérapeutique de l'hélium*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 16, 17 Octobre 1936, p. 1273-1280). — L'hélium, qui existe en abondance en Amérique, est utilisé dans ce pays, mélangé à l'oxygène, pour le traitement des crises dyspnéiques. Il est, en effet, plus léger, donc plus facile à inspirer par les malades. Dans cette série de 18 cas rapportée par B., il y a plusieurs observations d'état de mal asthmatique où ce traitement sembla réellement sauver la vie des malades. Cette thérapeutique n'a d'ailleurs pour nous qu'un intérêt documentaire, l'hélium étant en France d'un prix de revient prohibitif.

R. Rivoire.

L. Wharton et **H. Henriksen.** ***Etude sur l'ovulation : observations opératoires sur les douleurs périodiques intermenstruelles*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 18, 31 Octobre 1936, p. 1425-1432). — W. et H. ont fait une laparotomie à 30 femmes souffrant de douleurs périodiques intermenstruelles. Chez 9 d'entre elles, opérées au cours d'une crise douloureuse, l'ovulation venait juste de survenir: follicules rompus avec présence d'une quantité variable de sang dans le pelvis.

La seule intervention ayant toujours amené la guérison complète est l'ablation d'un ou deux ovaires; par contre, l'hystérectomie, le curettage, la cautérisation du col, l'excision de kystes graafiens n'ont en rien modifié ce syndrome.

R. Rivoire.

H. Gehrmann. ***Papillomes et carcinomes de la vessie chez les ouvriers préparant les matières colorantes*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 18, 31 Octobre 1936, p. 1436-1439). — On observe fréquemment, chez les ouvriers travaillant à la préparation de matières colorantes nitrées ou aminées (en particulier l'aniline, la naphtylamine et la benzidine), l'apparition de tumeurs vésicales. Celles-ci apparaissent en général au bout de 10 à 12 ans d'exposition. Il s'agit, soit de papillomes bénins, guérissant facilement à condition de supprimer la cause offensante, soit de carcinomes de pronostic beaucoup plus grave. Il faut faire une classe à part pour les tumeurs malignes dues à l'aniline, qui sont différentes de nature, ont une évolution plus lente et répondent mieux à la thérapeutique.

La cystoscopie doit être faite systématiquement et fréquemment chez ces ouvriers, afin de faire un diagnostic précoce, essentiel pour le traitement.

R. Rivoire.

W. Castle et **T. Ham.** ***Observations sur la relation étiologique entre l'achylie gastrique et l'anémie pernicieuse : nouvelles preuves du rôle essentiel du facteur extrinsèque dans la réponse hématopoiétique aux mélanges de moelle de bœuf et de suc gastrique et à la muqueuse d'estomac de porc*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 18, 31 Octobre 1936, p. 1456-1463). — C. et H. ont

écrit cet article pour réfuter la théorie de Greenspoon qui pensait avoir démontré que la présence d'un facteur extrinsèque n'était pas indispensable pour obtenir une réponse hématopoïétique avec le suc gastrique (celui-ci se montrant actif si on en éliminait la pepsine rapidement).

L'auteur réfute successivement les conclusions de Greenspoon, critique ses expériences, et maintient fermement sa conception de la dualité des facteurs hématopoïétiques.

R. Rivoire.

L. Goldman. ***Les hémorragies de l'ulcère peptique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 19, 7 Novembre 1936, p. 1537-1542). — G. a fait une étude statistique des hémorragies ulcéreuses : il a constaté que celles-ci ont entraîné la mort dans 15 pour 100 des cas, sur 890 malades. Cette haute proportion de mortalité est impressionnante et constitue évidemment un gros argument en faveur du traitement chirurgical chaque fois qu'un ulcère n'est pas amélioré rapidement par le traitement médical ; en particulier au-dessus de 40 ans, car la mortalité par hémorragie est deux fois plus forte à cet âge.

R. Rivoire.

H. F. Smyth et **H. F. Smyth jr.** ***Les mesures de sécurité dans l'emploi industriel du tétrachlorure de carbone*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 21, 21 Novembre 1936, p. 1683-1688). — S. et S. junior ont entrepris une étude expérimentale sur le singe pour vérifier la concentration maxima de tétrachlorure de carbone dans l'air compatible avec une santé normale. Ils ont constaté que la concentration de 100 pour 1 million est inoffensive, même pendant des mois. Cette concentration donne une odeur faible mais perceptible, et on peut donc considérer qu'une forte odeur dans l'atelier nécessite une ventilation plus efficace.

L'intoxication par le tétrachlorure de carbone n'est pas d'ordinaire une intoxication grave, car les lésions ne progressent pas après suppression de la cause offensante, à l'inverse de l'intoxication par le benzol. Au contraire, il se produit une régénérescence des cellules hépatiques et rénales, et ces nouvelles cellules se montrent nettement plus réfractaires à l'intoxication. Il y a donc accoutumance progressive et non pas sensibilisation.

R. Rivoire.

W. F. Wells et **M. W. Wells.** ***Les infections transmises par l'air*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 21, 21 Novembre 1936, p. 1698-1703). — Dans ce travail, W. et W. exposent les résultats d'ingénieuses expériences entreprises pour démontrer le rôle de l'atmosphère et des particules de poussière dans la dissémination des maladies infectieuses d'origine naso-pharyngienne. Étant donné que plus de 85 pour 100 des décès dus à des maladies infectieuses sont la conséquence d'affections à porte d'entrée naso-pharyngienne, on conçoit l'intérêt des recherches de cet ordre, et des tentatives de purification et filtration de l'air dans les immeubles, qui commencent à être appliquées sur une vaste échelle en Amérique.

R. Rivoire.

W. Collens et **N. Wilensky.** ***Le traitement des artérites oblitérantes périphériques par l'occlusion veineuse intermittente*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 24, 12 Décembre 1936, p. 1960-1966). — C. et W. ont construit un appareil permettant de comprimer à intervalles réguliers la racine des membres à une pression de 8 à 9 cm. de mercure. Cette pression alternée, à un rythme de 2 minutes environ, appliquée à des malades souffrant d'artérite oblitérante, détermine une accélération de la circulation sanguine et une sédation rapide des douleurs ; mais il faut appliquer ce traitement pendant de longues heures, jusqu'à 12 heures par jour.

En cas de lésions gangréneuses, des résultats excellents sont obtenus en comprimant le membre à une pression de 4 à 5 cm. seulement, à un rythme d'une heure.

R. Rivoire.

GLASGOW MEDICAL JOURNAL

P. L. Mc Kinlay et **A. B. Walker.** ***Note sur le physique du jeune adulte mâle pendant le chômage*** (*Glasgow medical Journal*, 7e série, t. **8**, n° 6, Décembre 1936, p. 313-322). — On s'est efforcé de comparer avec autant d'exactitude que possible et en tenant compte des divers facteurs intervenant : l'âge, l'occupation, la nationalité, le lieu de résidence, etc..., le poids du corps et la taille d'une série consécutive de 771 chômeurs et d'un nombre analogue de travailleurs. 21 pour 100 des chômeurs étaient sans travail depuis moins d'un an, 15 pour 100 chômaient depuis 1 à 2 ans, 36 pour 100 depuis 2 à 4 ans, 26 pour 100 depuis plus de 4 ans.

Sauf chez les sujets de 18 ans, dont le poids a été supérieur, les chômeurs ne sont ni aussi gros, ni aussi grands que les travailleurs.

Pour le poids, la diminution est de 1,6 pour 100 à 20 ans, de 2,5 à 25 ans, de 4,8 à 35 ans et de 6,2 au-dessus de 40 ans.

Pour la taille, la différence moyenne est de 2,2 pour 100.

La meilleure mesure pour apprécier l'état de nutrition est le poids spécifique moyen en rapport avec l'âge et la stature. Dans ces conditions, le poids des chômeurs adultes n'est pas inférieur à celui des travailleurs ; chez les jeunes il est même supérieur.

Ces recherches pour le poids et la taille et les résultats obtenus dans les dosages de l'hémoglobine permettent de conclure que l'état de nutrition de la partie de la population en chômage étudiée ne doit pas être actuellement une cause d'inquiétude sérieuse, car il est comparativement très voisin de celui des travailleurs.

Robert Clément.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

A. Landau, A. Pruszczynski et **B. Glass.** ***Cyanose et polyglobulie dans la tuberculose et troubles concomitants des échanges gazeux pulmonaires et tissulaires*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **15**, nos 32 et 33 du 16 Août 1936, p. 633-636 et n° 34 du 23 Août 1936, p. 661-663). — En étudiant la réaction de Biernacki chez les tuberculeux, L., P. et G. ont été frappés de la coïncidence du ralentissement de la durée de la réaction avec la cyanose et la polyglobulie, assez rares dans la tuberculose. Neuf observations ont confirmé ces faits. Chez ces malades l'examen du sang a révélé l'augmentation de la teneur en hémoglobine et du nombre des globules rouges. Dans tous ces cas il s'agissait de polyglobulie secondaire. La vitesse de sédimentation variait de 30 à 35 minutes jusqu'à 555 et 700 minutes. L'étude des échanges gazeux du sang a démontré que l'hyperchromie sanguine provenait de l'augmentation de la teneur en oxygène du sang artériel. Par contre, le sang veineux montre l'appauvrissement marqué de la saturation d'oxygène dû à la perte excessive de l'oxygène dans les capillaires. La valeur du coefficient cyanotique de Lundsgaard révèle dans la plupart des cas le déficit d'oxygène dans le sang des capillaires. La teneur en CO^2 était augmentée dans le sang veineux. Dans certains cas le cytochrome des tissus absorbe l'oxygène en quantité élevée, mais l'oxygène est mal utilisé pour le processus de combustion cellulaire (histologie anoxia). L'examen des réserves alcalines prouve l'existence de l'acidose gazeuse et non gazeuse.

La diminution de la teneur en oxygène du sang veineux résulte de l'augmentation de dépense des réserves d'oxygène dans les tissus. Ce déficit d'oxygène dépend de l'insuffisance volumétrique de la masse sanguine en circulation. L'organisme réagit par l'anoxémie veineuse et la polyglobulie.

La tuberculose pulmonaire envisagée comme maladie cachectisante évolue généralement avec l'appauvrissement du sang en hémoglobine et en globules rouges. La cyanose est relativement rare. La polyglobulie qui l'accompagne est d'une origine différente. Chez de tels malades la cyanose est liée à l'augmentation des dépenses d'oxygène du sang artériel et à l'appauvrissement en oxygène du sang veineux, donc à l'hypoxémie des tissus. Dans certains cas cette hypoxémie peut jouer le rôle de stimulant humoral de la rate dont la fonction hémolytique devient déficiente, d'où polyglobulie secondaire. L'augmentation du CO^2 et la diminution d'oxygène dans le sang veineux témoignent en faveur de la diminution d'oxygène dans les tissus et de l'existence, non pas d'anoxémie dans le sens strict du terme, mais d'anoxie.

Fribourg-Blanc.

T. Tempka. ***Le rôle des glandes salivaires dans la pathogénie de la maladie de Biermer*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **15**, n° 45, 8 Novembre 1936, p. 865-867). — Le rôle joué par le tube digestif dans la pathogénie de la maladie de Biermer a inspiré à T. l'idée de la possibilité de la participation des glandes salivaires dans l'élaboration de l'élément indispensable au maintien de l'équilibre fonctionnel du système hématopoïétique. T. rapporte l'observation clinique d'un homme atteint de maladie de B. auquel il a administré par la voie buccale de la salive provenant de sujets bien portants. La dose quotidienne varia de 150 à 600 cmc. Le résultat de l'essai a été encourageant malgré les difficultés de se procurer de la salive. Cette tentative thérapeutique a permis de réaliser une rémission complète, tant au point de vue de l'hématopoïèse, que de l'état général. T. souligne la nécessité de compléter cet essai clinique par une étude expérimentale approfondie et une application pratique plus étendue. Néanmoins, il ouvre une voie nouvelle aux investigations qui auront pour but de préciser le problème du rôle des glandes salivaires, de l'élément actif et du mécanisme de son action. Il y aurait à déterminer la nature de la salive et la glande qui fournit l'élément antianémique, ainsi que le rapport qui unit ce facteur à la fonction endocrinienne des glandes salivaires.

Fribourg-Blanc.

A MEDICINA CONTEMPORANEA
(Lisbonne)

Reynaldo dos Santos. ***Traitement des méningites par voie carotidienne*** (*A Medicina Contemporanea*, n° 5, 31 Janvier 1937, p. 69-72). — R. S., après avoir brièvement retracé l'historique de cette nouvelle thérapeutique et en avoir cité les précurseurs (Hirsch, Meyerson, Egas Moniz, Silveira Ramos et Leriche), donne un compte rendu de divers cas publiés dans la littérature médicale, sur cette question. Entre autres, les cas de : Leriche (1929), où, après injection de gonacrine dans la carotide primitive gauche, son malade fut guéri d'une méningo-encéphalite consécutive à une fracture du frontal avec issue de matière cérébrale ; et celui de Mc Mahon en 1932, qui réussit à guérir un malade atteint de méningite pneumococcique par une injection de chlorure d'optoquinine associée au sérum de Felton ; c'est par cette même voie carotidienne que Kolmer obtint la guérison d'un cas de méningite à méningocoques, en injectant

du sérum, et que Crawford obtint le même résultat en injectant dans les carotides, dans un cas de méningite staphylococcique, une solution d'iode.

Enfin Ersner et Mendell publièrent en 1932, 2 cas de méningites streptococciques, guéries par des injections antiseptiques par voie carotidienne.

S. tient à citer le cas d'un malade qu'il a lui-même traité dans son service et qui vient s'ajouter à la liste des succès enregistrés au compte de cette thérapeutique.

Le malade, âgé de 21 ans, est attaqué à coups de bouteille. Soigné dans un poste de secours, on lui recoud le cuir chevelu. Huit jours après, la plaie suppure. L'examen clinique montre une fracture du frontal qui s'étend jusqu'à l'orbite gauche. Opération: trépanation et extraction de quelques esquilles, ponction d'un hématome extra-dural. Six jours après la trépanation, le malade présente des crises épileptiformes. Crises qui se répètent. Il est alors envoyé dans le service de S. Il présente tous les signes cliniques d'une méningite. Les examens de laboratoires (ponction lombaire, analyses sanguine et urinaire) sont pratiqués. Le diagnostic plus précis de méningo-encéphalite diffuse est alors posé. Le lendemain de son arrivée, on lui fait une injection dans la carotide primitive gauche, de 5 cmc de mercuro-chrome à 0,5 pour 100. Le jour suivant une amélioration très sensible se fait sentir, le malade s'achemine dès lors vers une guérison rapide et 6 mois après le début du traitement, le malade ne présente que de très légères lésions des II[e], VII[e] et VIII[e] paires craniennes. Il n'y a aucune trace d'autres lésions tant nerveuses que méningées.

Ce traitement n'est pas le seul effectué par S. En effet, cette technique thérapeutique a déjà été appliquée par lui dès 1929, et d'une façon systématique dans toutes les fractures de la base, afin de prévenir sa complication la plus grave et la plus fréquente: la méningite.

Robert Coronel.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Fritz Mainzer. ***Les troubles de la « fonction rénale » dans la maladie d'Addison*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 2, 9 Janvier 1937, p. 31-33). — M. remarque que les traités notent rarement l'existence de troubles de la fonction rénale dans l'insuffisance des surrénales. Cependant l'observation d'une malade de ce genre chez laquelle, comme chez un sujet observé par Smith en 1897, les troubles rénaux formaient le point central du tableau clinique, a amené M. a étudier de plus près les relations qui existent entre ces deux états.

Il ne s'agit pas, en tout cas, dans la maladie d'Addison, de troubles rénaux par insuffisance circulatoire, car l'urine addisonienne a une densité faible (1.010), présentant plutôt les caractères de l'urine des rénaux. On a d'ailleurs noté dans cette maladie — Addison le premier — des altérations dégénératives des tubes rénaux. Il s'agit cependant de phénomènes qui ressemblent davantage au diabète insipide ou aux modifications de l'excrétion de l'acide urique en cas de diathèse goutteuse, que de véritable mal de Bright. Dans cette dernière affection, en effet, les diverses épreuves donnent des résultats d'une grande constance au moins quand leur importance relative est grande par rapport au travail que le rein est capable de fournir. Au contraire, dans les analyses auxquelles M. a procédé en cas de maladie d'Addison, la concentration du chlorure de sodium dans l'urine, qui était très faible et qui ne s'élevait ni sous l'influence de l'administration de 10 gr. de chlorure de sodium ni sous l'influence de la privation de boisson pendant 18 heures, pouvait tripler inopinément et sans qu'on ait administré d'extrait de cortico-surrénale.

Par ailleurs, toutes les anomalies constatées chez l'homme aussi bien que chez les animaux atteints d'une maladie d'Addison, l'oligurie et l'anurie (rétention d'azote, d'urée, d'acide urique, de créatine), les pertes d'eau, de sodium et de chlorure par l'urine, disparaissent sous l'influence de l'hormone.

Ces troubles sont donc purement fonctionnels et il y aurait lieu de se demander si l'action de l'hormone se fait sentir sur les facteurs extrarénaux et notamment sur la perméabilité tissulaire, ou si elle agit directement sur le rein. Il est certain, en tout cas, que l'hormone a une action extrarénale, mais selon M. une action rénale n'est pas exclue.

P.-E. Morhardt.

Fritz Schwarz. ***Quelques observations sur l'application de la détermination quantitative de l'alcool*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 3, 16 Janvier 1937, p. 54-58). — Le nombre des cas dans lesquels on a déterminé la teneur du sang ou des viscères en alcool a fortement augmenté à Zurich depuis la nouvelle loi sur la circulation des automobiles. Chez les sujets vivants, cette recherche n'est naturellement pratiquée que dans le sang. L'examen de l'urine n'est pas sûr. Parfois cette détermination doit être pratiquée sur les cadavres et c'est alors la substance cérébrale qui donne les résultats les plus sûrs. Le sang au contraire donne des chiffres variables. La ponction du cœur en particulier ne peut être pratiquée parce que souvent les viscères intrathoraciques ont subi des traumatismes violents. Le sang ne doit être pris par ponction du cœur qu'une fois le thorax ouvert. Après le cerveau, ce sont les muscles et plus spécialement ceux de la cuisse qui donnent les meilleurs résultats. Le contenu gastrique doit être toujours examiné.

On admet souvent que ces analyses ne peuvent pas donner des résultats bien significatifs, parce que la sensibilité des sujets vis-à-vis de l'alcool est très variable. Parfois ces variations sont en rapport avec les différences dans la vitesse de résorption, elle-même en rapport avec la nature des aliments pris en même temps que l'alcool. Ainsi les acides aminés retarderaient la résorption. De plus une même concentration n'entraîne pas toujours une même réaction chez les mêmes individus. Néanmoins les résultats obtenus ont une signification pratique hors de toute contestation.

Il a été examiné par S. 1.361 cas dont 81 sont sans intérêt parce qu'on n'a aucun renseignement sur les circonstances qui ont amené à faire une prise de sang, pas plus que sur les symptômes présentés par les sujets à ce moment. Dans 269 cas, il y avait généralement traumatisme sévère; l'examen clinique n'a donné aucun renseignement utilisable. Il reste danc 1.011 cas qui se répartissent en 5 groupes où la concentration de l'alcool dans le sang va respectivement de 0 à 0,5, de 0,5 à 1, de 1 à 1,5, de 1,5 à 2, et, enfin dépasse 2 pour 1.000.

Les états d'excitation sont exceptionnellement observés pour des concentrations inférieures à 0,5, et il s'agit surtout de femmes ou d'adolescents. Avec les concentrations de 0,5 à 1, les sujets ne paraissent pas ivres, tandis qu'ils le sont le plus souvent pour des concentrations supérieures. La plupart des accidents de la circulation sont observés quand les concentrations vont de 1 à 1,5, concentration qui est réalisée pour un homme de poids moyen, par la consommation rapide d'environ 1 litre de vin rouge à la suite d'un léger repas. Cette concentration paraît être celle qui est précisément visée par la loi. Avec les concentrations de 1,5 à 2, des symptômes de paralysie s'observent dans la plupart des cas.

Ainsi les recherches de l'alcool permettent de déterminer la sévérité de l'intoxication, et en outre, d'apprécier la quantité d'alcool qui a été consommée. Ce sont, au point de vue du droit, des renseignements extrêmement précieux. Ces renseignements seront d'ailleurs d'autant plus significatifs que la prise de sang aura été faite plus précocement après l'accident.

P.-E. Morhardt.

Serge Dicker. ***Le traitement des vomissements de la grossesse par l'acide ascorbique (vitamine C). Le facteur thyréo-surrénalien dans les phénomènes d'intolérance*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 4, 23 Janvier 1937, p. 74-75). — La méthode de Herbrand et Schmidt, qui consiste à traiter les vomissements matutinaux et les vomissements incoercibles de la grossesse par l'acide ascorbique en injection intraveineuse (l'administration *per os* étant inefficace), a été utilisée par D. dans 8 cas de vomissements simples et dans 3 cas de vomissements graves. Chez ces diverses femmes les vomissements se sont arrêtés immédiatement ou, en tout cas, l'amélioration a été rapide et progressive. Les doses employées ont été de 10 centigr. par jour. L'injection quotidienne paraît, en effet, donner des résultats plus rapides, car il faut atteindre un certain degré de saturation pour obtenir une cessation des symptômes. Dans certains cas, la dose quotidienne a été doublée, et en moyenne, il a fallu 10 à 15 injections par malade.

D. cherche à expliquer les effets de cette médication par la pathogénie des vomissements de la grossesse. Il remarque que dès le début de la grossesse l'activité des glandes endocrines, plus particulièrement de l'hypophyse antérieure, de la thyroïde ainsi que de la surrénale, augmente. Or, l'acide ascorbique a une action antithyroïdienne, si bien qu'on a obtenu des résultats intéressants avec la vitamine C dans les états d'hyperthyroïdie. D'autre part, l'écorce de la surrénale, qui est riche en vitamine C, s'hypertrophie pendant la grossesse. Enfin, il existe des relations entre les phénomènes allergiques et anaphylactiques d'une part, et la glande thyroïde d'autre part.

On est donc amené à admettre que la vitamine C a une action désensibilisante. La carence de cette vitamine entraînerait un déséquilibre en laissant la glande thyroïde prendre la prépondérance et en favorisant l'éclosion des phénomènes d'intolérance. Dans les vomissements de la grossesse, l'hypovitaminose constitue le facteur primordial.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

G. Milian. ***Les érosions ponctuées des ongles*** (*Le Bulletin médical*, t. **51**, n° 9, 27 Février 1937, p. 137-140). — A côté des grosses lésions des ongles, il ne faut pas négliger l'intérêt des lésions discrètes.

Les érosions ponctuées sont de petites dépressions cupuliformes, de la dimension moyenne d'une petite tête d'épingle. Ce ne sont pas de véritables érosions : c'est une agénésie, une absence de formation de l'ongle en un petit point de celui-ci, sorte d'atrophie cupuliforme sur la couche cornée onguéale et non pas une perte de substance postérieure à la formation de celui-ci.

Toutes les dermatoses subaiguës ou chroniques des doigts, et par-dessus tout l'eczéma, peuvent s'accompagner de ces altérations onguéales. Les dysidroses eczématiformes et aussi le psoriasis peuvent donner lieu à ces lésions. Au cours de l'eczéma de la face dorsale des doigts, les érosions sont fines et extrêmement nombreuses, l'ongle est criblé d'une quarantaine de petits trous distribués un peu au hasard. Dans le psoriasis, elles sont plus rares, il y a surtout décollement sur la moitié de son extrémité distale et coloration jaunâtre ou jaune verdâtre.

En dehors de toute altération cutanée présente ou passée de la peau des doigts correspondants, l'érosion ponctuée est syphilitique. On la rencontre dans la syphilis héréditaire et dans la période tertiaire de la syphilis acquise. L'érosion est plus grosse et plus profonde que dans l'eczéma. Elle n'est pas régulièrement ronde, elle est souvent même allongée dans l'axe de l'ongle. Souvent plusieurs érosions ponctuées linéaires sont situées sur une même ligne longitudinale et non distribuées au hasard comme dans l'eczéma. Parfois, ces érosions ponctuées linéaires sont disposées entre deux crêtes longitudinales également syphilitiques. On peut voir en même temps d'autres altérations onguéales, notamment l'épaississement de l'ongle.

L'érosion ponctuée s'élimine doucement et progressivement avec l'ongle. Cela n'empêche pas l'avènement d'autres érosions ponctuées sur la même ligne ou sur d'autres ongles.

Outre sa valeur diagnostique, l'érosion ponctuée aurait une valeur pronostique. Elle indiquerait que le malade n'est pas guéri.

Robert Clément.

LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS

H. Claude et **P. Rubenovitch.** ***Traitement du syndrome schizophrénique par le choc insulinique*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, t. **13**, n° 4, 15 Février 1937, p. 87-97). — La technique employée a été une injection quotidienne, le matin à jeun, pendant 5 jours, suivis de deux jours de repos. La dose de début varie de 5 à 15 unités selon l'état physique et le poids du malade, puis chaque dose quotidienne est augmentée de 5 unités. Il faut un personnel spécial entraîné à l'observation des manifestations hypoglycémiques, restant à demeure auprès du malade et un laboratoire proche.

La salle de traitement doit être isolée pour que la cure se poursuive dans une atmosphère de calme et de silence.

Le traitement terminé, les malades améliorés ne doivent pas être remis en dortoir, il faut qu'ils poursuivent leur convalescence, qui peut être très longue, dans un milieu adéquat où toute une œuvre de réadaptation, de rééducation sociale et d'orientation professionnelle doit intervenir.

Sous l'influence du traitement, on note, d'une manière constante, une amélioration des forces, du sommeil et de l'appétit, une augmentation régulière du poids. Chez 2 malades, on a vu des périodes d'oligurie inquiétante ; chez 2 autres, les règles, absentes depuis plusieurs mois, sont réapparues. A Vienne et en Suisse, la mortalité est d'environ 3 pour 100.

Si cette méthode présente quelque danger, elle mérite d'être prise en considération pour le traitement de certains états schizophréniques à la condition d'être appliquée en clinique et sous un contrôle rigoureux.

Robert Clément.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

M. C. Jazimirska-Krontowska, H. P. Savitska, P. L. Soliterman et **T. S. Schwedkowa-Roché** (Kiew). ***Application de la méthode des cultures de tissus à l'étude du virus du typhus exanthématique. Culture et passages en série « in vitro » du virus du typhus exanthématique européen de différentes souches*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **58**, n° 2, Février 1937, p. 140-152). — En étudiant les virus *in vivo*, on a remarqué leur tendance à s'unir d'une façon plus ou moins étroite avec les cellules et les tissus de l'organisme. Dans une série de recherches on a appliqué la méthode de culture de tissus à l'étude du virus du typhus exanthématique.

Comme matériel infectant, on a utilisé le plasma de cobaye malade. A une dose inférieure à la dose infectante, le virus du typhus contenu dans le plasma peut se multiplier dans les cultures de tissus. Après plusieurs passages en fioles de Carrel, le virus garde sa faculté infectante, provoque un typhus expérimental chez le cobaye et la réaction de Weil-Félix chez le lapin.

La culture inoculée à dose minime à l'homme provoque chez lui des formes effacées de la maladie sans éruption. Les sujets ainsi inoculés deviennent très réfractaires à la réinfection naturelle par des piqûres de poux porteurs du virus.

Les essais de préparation d'un vaccin en partant de ce virus n'ont pas réussi.

Le virus obtenu en partant de l'intestin des poux infectés de typhus peut se multiplier dans les culture de tissus et garde sa faculté infectante après plusieurs passages. Un vaccin préparé avec des cultures contenant une quantité considérable de *Rickettsia prowazeki* pris dans l'intestin des poux infectés rend les cobayes réfractaires à une nouvelle infection avec le virus de passage (50 et parfois 100 à 300 unités).

La propriété immunisante du vaccin préparé avec des cultures de *Rickettsia* est en faveur de l'importance du rôle étiologique des *Rickettsia* dans le typhus exanthématique.

Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Jean Troisier et **Le Bayon.** ***Etude génétique des varices*** (*Annales de Médecine*, t. **41**, n° 1, Janvier 1937, p. 30-42). — En étudiant les tableaux généalogiques de 154 familles comportant 514 enfants, T. et Le B. ont cherché à dégager la loi génétique de la phlébectasie spontanée. Ils ont vu très rapidement que le caractère variqueux, au vu de quelques généalogies explicites, ne devait pas être un caractère dominant au sens mendélien du mot, mais sans doute un caractère récessif, comme l'albinisme. Les variqueux obéissent à la première loi de Mendel.

Quand les deux générateurs sont hybrides, un quart de la descendance sera variqueuse. Quand les deux générateurs sont variqueux, toute la descendance est variqueuse. Quand l'un des générateurs est variqueux, l'autre de lignée pure, parfaitement sain, théoriquement les enfants, sains en apparence, sont des hybrides.

Une fois sur 2, les varices sont liées au sexe et surtout au sexe féminin (deux hommes contre trois femmes).

Les documents recueillis par T. et Le B. tendent à prouver que le caractère variqueux doit être considéré comme un caractère récessif unitaire et non comme un caractère dominant.

Le gène récessif variqueux paraît fortement lié à l'évolution des gonades. Un caractère clinique formel, l'apparition des varices dans l'adolescence, un caractère génétique, le sex linkage dans la moitié des cas, le démontre.

Ainsi la première loi de Mendel, réserve faite de la connaissance exacte des ascendants réels, permet de prévoir, dans la descendance d'un couple, la possibilité d'apparition de sujets variqueux et leur pourcentage.

L. Rivet.

Michel Léon-Kindberg et **René Israël.** ***Suppurations pulmonaires et tuberculose*** (*Annales de Médecine*, t. **41**, n° 1, Janvier 1937, p. 42-61). — Tenant compte de nombreux travaux récents et d'observations personnelles dont 8 sont résumées dans ce mémoire, K. et I. formulent un certain nombre de conclusions.

La tuberculose peut s'observer à la suite de toutes les suppurations pulmonaires, qu'il s'agisse d'abcès simples à pyogènes ou d'abcès putrides. Presque toujours, mais ce n'est pas une règle, il s'agira de suppurations graves ou prolongées (Sergent).

Le plus souvent, la tuberculose se développe en continuité avec la suppuration, et quel que soit le moment où elle se révèle, au plein de l'infection ou à son décours, au foyer même où l'abcès s'était manifesté.

Aucun signe clinique ne permet en général de la soupçonner, non plus qu'aucune image radiologique incontestable ; le critère des rayons X n'est guère utilisable. Seul l'examen des crachats en permet la découverte : il faut donc au cours d'un abcès du poumon rechercher de façon répétée, obstinément et pendant longtemps le bacille de Koch.

Le plus souvent, dans l'éveil de ces tuberculoses secondaires, le rôle principal semble dévolu aux remaniements locaux du foyer.

Il est plus rare, mais possible, qu'après guérison de l'abcès, la tuberculose évolue *in loco*, ou quelquefois en un autre point du poumon, par suite d'une modification du terrain et d'un fléchissement de la résistance générale de l'organisme (Sergent).

Mais le trouble local, par quoi s'extériorise un foyer tuberculeux endormi, peut n'être que momentané : parfois il semble que le foyer s'évacue entièrement à la faveur de la lyse microbienne, et sans laisser de trace ; parfois, l'élimination bacillaire n'est qu'un épiphénomène, pour lequel on peut parler de « bacilles de sortie ».

Le traitement de ces tuberculoses secondaires est

très délicat. K. est opposé à l'utilisation fréquente du pneumothorax au cours des abcès du poumon; mais dans les cas de tuberculose tardive, c'est une question d'espèces, à discuter dans chaque cas particulier. Les hésitations seront plus grandes encore quand se pose la question d'une intervention chirurgicale.

En tout cas, la crainte de la tuberculose doit faire redoubler les soins et prolonger la cure dans la convalescence d'un abcès du poumon et une cure de type sanatorial devrait être presque toujours conseillée.

L. Rivet.

REVUE DU RHUMATISME
(Paris)

L.-G. Blanc et **Ph. Baumgartner.** ***La pyrétothérapie par cure thermale chez les rhumatisants*** (*Revue du Rhumatisme*, t. **4**, n° 1, Janvier 1937, p. 41-58). — Chez les rhumatisants, pendant la cure d'Aix-les-Bains, les variations de température observées ne paraissent pas avoir un rapport bien marqué avec l'affection traitée, cependant elles sont plus accentuées dans les formes polyarticulaires ou périarticulaires que dans les formes monoarticulaires. Elles sont individuelles; il est difficile de prévoir à l'avance quelle sera la réaction d'un malade. Il n'y a pas de grandes différences selon les techniques thermales utilisées. Dans l'ensemble les variations de température sont relativement peu importantes et pas toujours en rapport avec la chaleur de l'eau thermale.

Les poussées de température observées chez les rhumatisants au cours de la cure thermale sont peu en rapport avec les résultats obtenus. Chez des malades ayant subi un traitement pyrétogène au moyen d'agents chimiques ou physiques, sans résultats appréciables, la cure thermale, tout en amenant des réactions fébriles beaucoup moins importantes, n'en donnaient pas moins une amélioration certaine, soit au point de vue de la douleur, soit au point de vue de la motilité.

La crénothérapie semble avoir une action moins marquée, plus prolongée que la pyrétothérapie chimique ou physique. Elle est très facile à doser, de façon progressive et continue. Mais dans les cas où il est nécessaire de donner une poussée de température brutale et importante, les agents chimiques ou physiques employés à l'heure actuelle sont supérieurs.

L'action de l'eau thermale est complexe et il est impossible de séparer le facteur pyrétothérapique des autres facteurs.

Parmi les nombreuses propriétés des eaux naturelles chaudes, le facteur température intervient pour une part importante, mais elles semblent amener chez le malade des élévations de température locales plutôt que générales.

Robert Clément.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

P. Ameuille, El. et **Ch. Kudelski.** ***Toux et tuberculose pulmonaire*** (*Revue de la Tuberculose*, V[e] série, t. **3**, n° 1, Janvier 1937, p. 6-22). — La toux de la tuberculose pulmonaire peut être souvent un phénomène complexe.

Quand un tuberculeux tousse, il peut s'agir d'une toux finaliste, productive, nécessaire pour l'élimination d'un crachat. Elle se produit notamment au réveil, quand une caverne se vide par sa bronche de drainage, le contact avec une zone tussigène étant surtout actif au niveau des éperons bronchiques. La toux peut du reste refouler l'expectoration et réaliser l'ensemencement des divers segments bronchiques.

Dans d'autres cas, il s'agit d'une toux non productive, relevant d'une lésion matérielle extra-pulmonaire (lésions laryngées, affections si fréquentes du naso-pharynx, beaucoup plus rarement toux par compression).

Il peut s'agir enfin d'une toux fonctionnelle, sans aucune lésion appréciable, due seulement à une excitation spéciale, particulière et plus ou moins passagère d'une zone plus ou moins limitée. A. et K. étudient avec soin les points de départ de l'excitation dans la toux fonctionnelle, relatent leurs expériences avec les divers excitants de la toux fonctionnelle, chez les animaux, chez l'enfant. Ils rappellent les facteurs psychologiques qui interviennent dans la genèse de la toux.

La toux fonctionnelle, n'étant pas l'apanage des seuls tousseurs non tuberculeux, mais se rencontrant au contraire avec une grande fréquence chez les tuberculeux pulmonaires, n'a rien à voir avec l'affirmation ou la négation de la tuberculose. Elle est souvent très pénible et fatigante, pouvant par sa répétition constituer une cause de surmenage musculaire et nerveux particulier, et alors concourir même au dépérissement et à l'épuisement général de l'organisme. L'éducation du tousseur, dans la discipline sanatoriale, n'arrive pas toujours à l'éliminer avec succès. Elle justifie une thérapeutique appropriée.

L. Rivet.

L'ALGÉRIE MÉDICALE
(Alger)

Ed. Benhamou, Nouchi et **Bardénat.** ***La ponction sternale dans le Paludisme et le Kala-Azar*** (*L'Algérie médicale*, t. **41**, n° 109, Janvier 1937, p. 1-7). — Dans le paludisme, la ponction sternale apporte des renseignements d'ordre diagnostique, d'ordre pronostique et d'ordre histologique. Elle permet de déceler les différentes variétés d'hématozoaires dans la moelle osseuse. Grâce à elle, on peut mettre en évidence des réactions cytologiques capables d'éclairer le pronostic d'une anémie palustre. La ponction sternale en montrant une moelle hyperplastique, plus riche en normoblastes qu'en myélocytes, peut faire conclure à un pronostic bénin. En l'absence d'hématozoaires, l'importance des réactions réticulo-endothéliales, la présence de monocytes, rares chez les sujets normaux, donnent un cachet particulier au myélogramme des paludéens.

Dans le Kala-Azar, la ponction du sternum semble le procédé de choix pour la recherche rapide des Leishmanies; elle est moins dangereuse que la ponction de la rate et n'exige pas de précautions opératoires.

La moelle osseuse, dans le Kala-Azar, contient un chiffre extrêmement élevé d'éléments mononucléés agranuleux.

La réaction érythroblastique est moindre que dans le paludisme, mais cependant, l'anémie est généralement bien compensée.

Robert Clément.

TOULOUSE MEDICAL

C. Ziapkoff. ***Contribution à l'étude des polynévrites barbituriques*** (*Toulouse Médical*, t. **38**, n° 3, 1[er] Février 1937, p. 77- 88). — Parmi les manifestations cliniques des intoxications par les éléments du groupe de la malonylurée, les polynévrites sont exceptionnelles.

La polynévrite barbiturique n'a pas une physionomie clinique très particulière ; son aspect est assez polymorphe. Les troubles sensitivo-moteurs semblent cependant prédominer. La paralysie ou la parésie débutent en général à peu près symétriquement par l'extrémité distale des membres. La polynévrite revêt le plus souvent une forme aiguë à type rapidement extensif et rapidement régressif.

Le mécanisme de la formation des lésions des nerfs par les barbituriques ne paraît pas être différent de celui qu'on observe dans les autres intoxications exogènes. De multiples intoxications peuvent venir s'associer et masquer la véritable nature du syndrome nerveux.

Robert Clément.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE
(Tübingen)

Meltzer et **Graf.** ***Sur le traitement chirurgical de l'ulcus gastro-duodénal chez les jeunes*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **164**, n° 1, Juillet 1936, p. 133-145). — Il s'agit d'un intéressant article sur les résultats éloignés de la gastrectomie chez les malades jeunes, atteints d'un ulcère gastrique ou duodénal. Beaucoup de chirurgiens considèrent encore que la gastrectomie ne doit pas être pratiquée chez les malades jeunes à cause des troubles qu'elle peut amener dans le développement secondaire de l'individu, et des risques d'anémie.

A la clinique de Schmieden, entre 1923 et 1933, il a été pratiqué 35 gastrectomies chez des malades âgés de moins de 21 ans et qui présentaient un ulcère gastrique ou duodénal.

Il n'y a eu dans ces 35 cas de gastrectomie aucune mort post-opératoire. — 31 malades ont pu être retrouvés.

Il s'est agi le plus souvent de malades du sexe masculin (77 pour 100) et dans tous les cas, sauf 3, l'ulcère siégeait dans le duodénum.

9 malades ont présenté d'emblée un syndrome de perforation; dans 4 cas on a pratiqué d'abord la suture simple et la gastrectomie dans un second temps; dans 5 autres cas où l'état général était satisfaisant la gastrectomie a été pratiquée d'emblée.

On a toujours eu recours à la gastrectomie type Billroth II. Si l'on n'a déploré aucun décès post-opératoire, on relève quelques incidents minimes : 2 désunions de la paroi, 1 parotidite, 7 complications pulmonaires.

Sur 31 malades revus à distance: 27 soit 87,1 pour 100 ont une guérison parfaite et ne se plaignent d'aucun trouble; 4 malades encore certains troubles douloureux. Il n'a été noté aucun cas d'anémie consécutive à la gastrectomie chez les malades jeunes.

J. Sénèque.

Gisbertz. ***Contribution à l'étude du phlegmon de l'iléon terminal*** (*Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **164**, n° 1, Juillet 1936, p. 155-159). — Après avoir rappelé l'historique de cette affection, G. rapporte brièvement 3 observations de cette curieuse lésion qu'est le phlegmon de l'iléon terminal.

Ces 3 cas concernent deux hommes de 31 et 27 ans, et une jeune fille de 22 ans. — Dans les 3 cas l'affection s'est manifestée par des douleurs abdominales à type péritonéal simulant deux fois l'appendicite, tandis que dans la première observation les douleurs étaient généralisées mais à prédominance gauche. Dans les 3 cas l'appendice a été enlevé comme temps complémentaire et l'examen anatomo-pathologique pratiqué dans un cas n'a montré aucune altération de la muqueuse et de simples lésions d'inflammation chronique au niveau de la sous-muqueuse.

Dans ces 3 observations il existait par contre une forte infiltration de l'iléon terminal étendue sur 20 cm. dans deux cas, sur 10 cm. dans un cas. Ces 3 malades ont guéri.

L'étiologie de cette lésion demeure mystérieuse; il ne paraît d'agir ni de tuberculose, ni de lésion inflammatoire. G. émet l'hypothèse de stase au niveau de la valvule de Bauhin et de la possibilité d'altérations nerveuses.

J. Sénèque.



Rostock (Berlin). ***Nécrose aseptique de la rotule*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **164**, n° 2, Septembre 1936, p. 177-182). — R. a eu l'occasion d'observer le cas suivant:

Une femme de 40 ans fait dans un escalier une chute sur le genou gauche. Elle est examinée 5 jours après et l'on constate l'existence d'un léger épanchement intra-articulaire qui se révèle à la ponction, de nature simplement séreuse. L'extension du genou est normale, la flexion légèrement diminuée et douloureuse.

L'examen radiographique montre au pôle inférieur de la rotule une différence très nette de structure et l'existence d'un petit séquestre en forme d'aiguille.

Celui-ci peut être enlevé par voie extra-articulaire, avec une petite partie de l'os avoisinant.

L'examen bactériologique a été négatif et l'examen anatomo-pathologique a montré de fortes altérations vasculaires au niveau de la média et de l'intima.

Cette nécrose aseptique de la rotule, qui est à rapprocher de la nécrose du semi-lunaire et du processus général d'ostéo-chondrite disséquante, est une localisation relativement rare, mais dont cependant Meisels, Fasano, Paas ont antérieurement rapporté plusieurs cas.

J. Sénèque.

Nierstrasz. ***Plaies et ruptures de diaphragme*** (*Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **164**, n° 3, Octobre 1936, p. 337-354). — Les observations de M. concernent:

2 plaies par projectiles, 4 plaies par coup de couteau, et 4 ruptures du diaphragme.

Les 2 cas de plaies par projectiles ont eu une évolution mortelle aussitôt après l'intervention. Dans le premier cas on avait suturé par voie abdominale deux perforations de l'estomac, puis drainé la grande cavité; dans la seconde observation il y avait 2 perforations du côlon transverse, 2 perforations du grêle et deux perforations du côlon droit. Dans ces 2 observations la plaie diaphragmatique fut découverte à l'autopsie.

Les 4 plaies par coup de couteau ont guéri après l'intervention.

Dans le premier cas, il y avait en même temps 2 plaies de l'angle colique gauche qui furent suturées avec la plaie du diaphragme. Le second cas concerne une plaie du foie et du diaphragme toutes deux suturées. Le troisième, une plaie du poumon, du diaphragme et du foie: suture de la plaie pulmonaire et de la plaie diaphragmatique. Le quatrième cas concerne également une plaie thoraco-abdominale avec plaie du foie, qui ne saignait plus: suture de la plaie diaphragmatique. Ces 2 derniers malades ont été opérés par voie thoraco-abdominale.

Dans les 4 cas de rupture on note 2 morts et 2 guérisons.

1er cas: écrasement entre 2 tampons de wagon; nausées, mais pas de vomissements; hoquet. Au 8e jour le malade perd connaissance et meurt. On découvre à l'autopsie une rupture du centre diaphragmatique avec hernie de l'estomac, du transverse, de la rate et d'une partie du grand épiploon.

2e cas: accident d'automobile chez un enfant de 9 ans; sensibilité douloureuse dans l'étage sus-ombilical; mort subite dans la nuit. La rupture du diaphragme n'a été découverte ici encore qu'à l'autopsie, avec hernie de l'estomac.

3e cas: écrasement chez un enfant de 9 ans; les symptômes thoraciques permettent de poser le diagnostic de rupture du diaphragme avec hernie diaphragmatique. Incision le long du 7e espace intercostal gauche; on découvre dans l'hémithorax gauche l'estomac, le côlon transverse et un segment d'intestin grêle; reposition abdominale de ces organes et suture de la plaie diaphragmatique au catgut. Guérison après empyème et mastoïdite.

Le dernier cas, enfin, est consécutif à un accident d'automobile; la symptomatologie thoraco-abdominale conduit à pratiquer un examen radioscopique qui permet de découvrir la hernie diaphragmatique. Thoracotomie dans le 7e espace intercostal gauche: hernie de l'estomac, du côlon et de l'intestin grêle. Reposition de ces organes et suture du diaphragme. Le malade a été réopéré 5 ans après pour un iléus par strangulation; les organes, jadis herniés, étaient en situation normale.

J. Sénèque.

Fenster. ***Iléite ulcéreuse*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **164**, n° 3, Octobre 1936, p. 462-475). — F. rapporte 4 observations inédites de cette curieuse affection décrite depuis quelques années sous le nom d'iléite ulcéreuse, ou encore de phlegmon de l'iléon terminal. La symptomatologie simule tout à fait la crise appendiculaire, quoique cependant 2 symptômes un peu particuliers: amaigrissement et diarrhée, soient souvent signalés.

On trouve à l'intervention un iléon terminal rouge, œdémateux, avec un médiastin épaissi et un exsudat de voisinage; quant à l'appendice il est le plus souvent sain. Macroscopiquement ce sont donc sur l'iléon des symptômes d'inflammation subaiguë ou chronique; histologiquement, des lésions inflammatoires au niveau de la muqueuse avec réaction conjonctive avoisinante. Ces lésions peuvent conduire à un rétrécissement de la lumière intestinale et se compliquer de phénomènes de subocclusion ou d'occlusion.

Les 4 cas de F. concernent des malades âgés de 63, 41, 75 et 21 ans (3 femmes et 1 homme); dans les 4 cas le diagnostic posé fut celui d'appendicite. Les 2 cas survenus chez les malades âgés de 63 et 75 ans se sont terminés par la mort après l'intervention; les 2 autres ont guéri. Dans 3 cas, on s'est contenté de pratiquer la simple ablation de l'appendice tandis que dans 1 cas (qui s'est terminé par la mort) on avait pratiqué (ce qui nous paraît être une erreur) une résection de l'iléon terminal avec suture termino-terminale.

J. Sénèque.

Herbrand. ***Œdème post-traumatique du bras*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **164**, n° 3, Octobre 1936, p. 492-496). — Un homme de 20 ans, toujours bien portant, est heurté au niveau de la région olécranienne droite par une barre de fer. Dans la nuit, son bras augmente de volume; le lendemain, après 2 heures de travail, il est obligé de s'arrêter à cause des douleurs survenues dans le membre supérieur. A l'examen on ne constate aucune lésion au niveau des articulations du membre supérieur; la région olécranienne est légèrement douloureuse et on se contente de placer le membre au repos en position d'abduction. Le jour suivant apparaît une dilatation veineuse sur la partie antérieure et postérieure de l'aisselle et 10 jours après le traumatisme, toutes les veines du membre supérieur donnent une impression de dureté. 3 semaines après, sans qu'il y ait jamais eu la moindre élévation de température, on prélève un fragment de 5 cm. sur la veine céphalique thrombosée, comme les autres veines du membre supérieur. Après cette résection localisée, la situation s'améliore progressivement et 6 semaines après, le blessé peut reprendre son travail. Examiné 3 mois 1/2 après son accident, il persiste encore une augmentation de 1 cm. sur le membre supérieur droit, par comparaison avec le côté gauche.

L'examen anatomo-pathologique du segment veineux réséqué a montré des lésions évidentes de thrombose. Il n'a été pratiqué ni cultures, ni examen bactériologique.

J. Sénèque.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Eskyl Kylin. ***Maigreur à la fin de la puberté féminine. Syndrome particulier d'origine spéciale*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **180**, n° 2, 23 Février 1937, p. 115-152). — K. rappelle que la maladie de Simmonds, si elle s'accompagne assez souvent d'une destruction plus ou moins sévère de l'adénohypophyse, et si Reye peut prétendre que le diagnostic n'en est faisable qu'après les constatations anatomo-pathologiques, néanmoins il existe des faits dans lesquels, malgré des symptômes très semblables à ceux de la maladie de Simmonds, l'hypophyse paraît indemne. K., effectivement, a eu l'occasion d'observer 33 femmes atteintes d'une affection de ce genre, survenue 24 fois avant la 25e année et 20 fois avant la 20e année. Il donne les 11 cas les plus typiques qu'il a ainsi observés. Dans l'un d'eux il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, dont une tante est morte de diabète sucré et qui, à 16 ans, a commencé à ressentir une pesanteur à l'épigastre et à ne plus pouvoir manger, si bien que son poids est tombé à 25 kilogr., pour une taille de 1 m. 70. La glycémie varie de 42 à 59 milligr. et s'élève sous l'influence de 1 milligr. d'adrénaline de 42 à 64 milligr.; le métabolisme de base est de — 47 pour 100. Une intervention consistant à greffer une hypophyse de veau entraîne la mort en quelques heures.

D'une façon générale, il s'agit d'un syndrome fort homogène. Après un développement normal, les jeunes filles ont commencé à perdre l'appétit, à éprouver une lassitude grandissante, à maigrir, à devenir psychiquement moins actives et frileuses. L'inappétence est particulièrement caractéristique; elle s'applique avant tout à la graisse et aux aliments gras. Elle est rattachée, par les malades, à un sentiment de satiété; la fatigabilité et la lassitude ne sont atténuées par aucun tonique; les symptômes nerveux sont ceux de la psychasthénie, de la neurasthénie et de la dépression; l'insomnie est fréquente; les règles sont supprimées.

L'examen objectif montre, d'après K., une réduction de toutes les fonctions de l'organisme. Le métabolisme de base est abaissé de — 20 à — 35 pour 100 et la pression du sang peut descendre jusqu'à 70 mm. Les échanges d'hydrates de carbone sont altérés et les malades ne supportent pas les injections d'insuline pratiquées en vue de les faire engraisser.

Au point de vue anatomo-pathologique, on a constaté, dans le cas dont l'observation a été donnée plus haut, que l'hypophyse pesait 37 centigr. au lieu de 75 centigr., chiffre normal, et ne présentait, d'après l'examen qu'en a fait Berblinger, aucun élément cellulaire basophile.

Au point de vue du traitement on n'a obtenu de résultats qu'avec les préparations d'hypophyses et pour arriver à une guérison complète il a fallu recourir à la transplantation d'hypophyses de veau ou de mouton. Celle-ci a été pratiquée dans 20 cas. Dans l'un d'eux la mort est survenue après l'opération; 5 autres cas ont été opérés depuis peu et dans les 14 cas restants, les résultats ont été généralement bons et parfois même « brillants ». K. ajoute à cela, que dans 2 cas de maladie de Simmonds, survenue chez des femmes de 45 à 50 ans, la greffe d'hypophyse a eu des effets fort intéressants. Ces résultats paraissent devoir être attribués au fait que la greffe est partagée en petits fragments, ce qui rend théoriquement possible la survivance de cellules hypophysaires.

D'ailleurs avant que l'amélioration paraisse, il s'écoule généralement une période de latence de plusieurs semaines. Au bout de 4 à 5 mois une amélioration nette se manifeste, l'appétit augmente dans des proportions considérables.

En somme ce syndrome est identique à celui qui s'observe après destruction organique de l'hypo-

physe et la transplantation de l'hypophyse a des effets spécifiques. On doit donc admettre qu'il s'agit d'une hypofonction de l'hypophyse qui surviendrait chez la femme vers la fin de la puberté. Cette hypofonction ne concerne pas les cellules éosinophiles dont l'insuffisance entraîne le nanisme hypophysaire. Il s'agit donc d'une maladie qui est l'image en miroir de la maladie de Cushing, elle-même conséquence d'un adénome basophile de l'hypophyse. En somme cette maladie pourrait s'appeler hypobasophilisme pituitaire et K. considère qu'il s'agit là d'une maladie nouvellement découverte.

P.-E. Morhardt.

Fritz Grögler. ***Nouvelles observations sur la question des endocardites à entérocoques*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **180**, n° 2, 23 Février 1937, p. 153-163). — G. expose les observations qu'il a eu l'occasion de faire dans 6 nouveaux cas d'endocardite à entérocoques. Dans 2 cas le type clinique était celui de l'endocardite lente. Chez une étudiante de 25 ans qui présenta, à 17 ans, du rhumatisme avec lésions cardiaques et chez laquelle on trouve, actuellement, des températures subfébriles, de l'anémie, une augmentation du volume de la rate, des érythrocytes dans l'urine, et des entérocoques A dans le sang, les médications utilisées (pyramidon, prontosil) n'ont eu aucun effet et depuis un an la maladie progresse manifestement.

Dans un autre cas concernant un homme de 29 ans ayant eu du rhumatisme articulaire à 15 ans, on pratique en 1935 une tonsillectomie. A partir de ce moment le malade alla plus mal, présenta des températures subfébriles, une augmentation du volume de la rate, de l'entérocoque A dans le sang. La mort survint et il semble y avoir des raisons de croire que la tonsillectomie a été l'occasion de la fixation des entérocoques sur l'endocarde. Dans 2 autres cas on a observé, comme dans celui-ci, le tableau d'une endocardite septique aiguë.

Parmi les malades de ce genre observés par G. à la clinique de Nonnenbruch, il en est une proportion élevée où l'entérocoque a été retrouvé. Souvent les symptômes cardiaques ont été précédés de troubles du tractus gastrointestinal. Dans un cas le suc duodénal contenait des coccus gram-positifs, vraisemblablement des entérocoques. Dans un autre cas il y avait eu entérite sévère. Au point de vue pronostic, G. remarque que la mort est survenue dans 4 cas et que l'état de 2 autres sujets qui vivent encore présente une tendance à l'aggravation. Au point de vue thérapeutique les tentatives diverses n'ont rien donné. Quand les entérocoques sont fixés sur l'endocarde le traitement est impuissant.

P.-E. Morhardt.

H. Pflüger. ***La dissémination géographique du goitre en Europe*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **180**, n° 2, 23 Février 1937, p. 212-231). — Les résultats des recherches sur la répartition du goitre doivent constituer les fondements de toute théorie pathogénique. Or, depuis la carte que Bircher a dressée en 1883, au moment où il émettait son hypothèse sur les relations du goitre et de certaines formations géologiques, aucune carte de ce genre n'a plus été dressée. C'est cette lacune que P. a cherché à combler en utilisant pour cela quatre ordres de données: 1° la statistique d'écoliers par année d'âge et par sexe; 2° la statistique des recrues concernant les populations mâles de 20 ans; 3° les recherches en séries portant sur l'ensemble de la population ou de certaines couches sociales; 4° les statistiques d'autopsies.

La carte qui a été ainsi dressée distingue ainsi 4 degrés de fréquence de la maladie. La fréquence maximum est caractérisée par plus de 25 pour 100 de recrues et par plus de 50 pour 100 d'écoliers goitreux dans les classes II à III. Pour le dernier groupe les chiffres correspondants sont 0 à 3 pour 100 (recrues) et 0 à 5 pour 100 (écoliers). P. passe ensuite en revue chacun des pays auxquels son étude s'est étendue. On donnera ici quelques exemples des très nombreuses données réunies.

Dans les Alpes suisses le goitre, chez les recrues, varie de 10 à 15 pour 100 et, sur le plateau suisse, de 15 à 30 pour 100. Par rapport à ces chiffres, le goitre est remarquablement rare (2 à 5 pour 100) dans la vallée méridionale du Tessin. Le nombre des inaptes au service pour goitre est au maximum en Suisse orientale (cantons de Zurich, de Thurgovie, de Saint-Gall) et dans la Suisse centrale (Lucerne et Argovie). En Autriche, la fréquence du goitre, chez les écoliers, atteint en 1923, 44,5 pour 100 à Vienne, 64 pour 100 à Salzbourg. La grande plaine hongroise est indemne de goitre, mais dans certains districts hongrois la proportion atteint, chez les recrues, jusqu'à 60 pour 100. P. rappelle que, d'après Mayet, on trouvait un goitre chez 45 pour 100 des recrues de Haute-Savoie. En Espagne, toutes les contrées montagneuses sont affectées, surtout dans les Asturies et dans la province du Léon. En Allemagne, où les statistiques sont assez abondantes, la région atteinte s'étend le long des Alpes et du lac de Constance et comprend la Forêt Noire et la Franconie, jusqu'à la région du Main. Cependant, dans le Jura souabe et le Jura de Franconie, le goitre est rare. En Danemark, le goitre ne s'observe pas tandis qu'il est assez fréquent dans certaines contrées anglaises: pays de Galles, et surtout Derby. En Russie on trouve des centres, dans la région de la mer Caspienne, de l'Oural, de la Sibérie centrale, du lac Baïkal, etc.

P.-E. Morhardt.

DIE MEDIZINISCHE WELT
(Berlin)

V. Schilling. ***« Maladie de Wilson abdominale » initiale, anomalies pluriglandulaires et plurivalentes du métabolisme*** (*Die medizinische Welt*, t. **11**, n° 11, 13 Mars 1937, p. 340-344). — La maladie de Wilson, ou dégénérescence hépato-lenticulaire, a conduit à un grand nombre de publications et de discussions. Son étude a d'ailleurs une signification considérable au point de vue de la compréhension clinique des corrélations organiques. S. rappelle à ce propos que Kehrer, en utilisant l'appellation « Maladie de Wilson abdominale », a voulu indiquer qu'il y avait vraisemblablement là une affection abdominale du foie, à caractères héréditaires récessifs. Certains états abdominaux et de stase de la moitié inférieure du corps peuvent constituer les premières manifestations d'une dégénérescence hépato-lenticulaire. Toutes les nuisances ou infections diverses qui ont été invoquées comme facteurs étiologiques de cette maladie peuvent être, aujourd'hui, mises hors de cause.

Après ces considérations générales, S. donne l'observation d'une jeune fille de 16 ans, maigre et nerveuse, qui depuis 2 ans environ commence à présenter des tendances à l'épistaxis, aux sugillations et à l'engraissement. Plus tard, les règles cessent, en même temps que des vergetures et que des maux de tête, souvent intolérables, apparaissent. De plus, les sugillations se sont accentuées en affectant une certaine périodicité apparemment menstruelle. A l'examen on constate que le foie n'est pas palpable mais que la rate dépasse nettement le rebord costal. Au niveau des cuisses on observe un œdème net, de la marmorisation et des sugillations. Diverses recherches de laboratoire comme la réaction de Takata et celle de Weltmann témoignent d'une atteinte nette du foie.

En somme, chez cette malade, il y avait, à côté du purpura, des troubles sûrement hypophysaires (céphalée, vergelures), des troubles hépatiques, une participation de la rate qui était grosse à la palpation et aux rayons Rœntgen, de sorte que malgré l'absence de parkinsonisme, de raideur, de tremblements, de cercle cornéen, on devrait admettre l'existence d'une maladie de Wilson. Les anomalies hypophysaires ou mésencépaliques et les troubles abdominaux ne permettaient, en effet, pas de méconnaître ce diagnostic qui fut d'ailleurs confirmé par une laparotomie exploratrice au cours de laquelle on extirpa la rate et on procéda à une biopsie du foie. On put ainsi constater l'existence d'une cirrhose hépatique complète, parfois à mailles fines. La rate était également cirrhotique. Les deux organes donnent dans certaines régions une impression spongieuse à cause de l'existence de mailles optiquement vides.

Dans ce cas, malgré l'absence de tous les symptômes classiques d'affection hépatique, les examens de laboratoire ont pu mettre en évidence l'existence de lésions hépatiques, confirmées par la biopsie.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE
(Leipzig)

Rudolf Breiter (Teplitz-Schönau). ***Evolution de la grossesse après opération conservatrice pour fibrome*** (*Zentralblatt für Gynakologie*, an **61**, n° 2, 9 Janvier 1937, p. 82-86). — B. énucléé, à une femme de 38 ans, 8 fibromes et conserve l'utérus; 8 mois après, son opérée est enceinte. La grossesse se développe normalement, mais au moment de l'accouchement malgré le brusque effacement du col les contractions utérines sont trop faibles, même après emploi de thymophysin pour amener l'expulsion de l'enfant. B. fait une césarienne et, comme le placenta se décolle mal, il enlève l'utérus et laisse en place les annexes. Les suites furent parfaites pour la mère et l'enfant.

En étudiant l'utérus, B. vit que le placenta, dans la partie insérée sur la cicatrice opératoire, n'était séparé du péritoine que par une mince couche de tissu cellulaire; il n'y avait plus, à ce niveau, trace de fibres musculaires. Le muscle utérin était incomplètement rompu, toute manœuvre pour extraire à la main le placenta eût amené une rupture totale.

B. en conclut que toute cicatrice faite sur le muscle utérin laisse un point faible qui devient un véritable danger au moment de l'accouchement surtout si l'incision a pénétré jusqu'à la muqueuse. Aussi est-il tenté dans les gros fibromes sous-muqueux de donner la préférence à l'hystérectomie sur la myomectomie, estimant qu'en cas de grossesse l'enfant et la mère courent de graves dangers au moment de l'expulsion.

Desmarest.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN
(Leipzig)

W. V. Drigalski. ***Glycosurie rénale*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **58**, n° 8, 20 Février 1937, p. 145-149). — D. relate chez deux sœurs deux cas très semblables de glycosurie rénale avec acidose, sans trouble de la tolérance pour les hydrates de carbone. La glycosurie était indépendante de la nature de l'alimentation, la glycémie normale ainsi que la courbe glycémique après ingestion de glycose. Il n'y avait ni soif ni polyurie. La fatigabilité, la baisse de poids et l'acidose occasionnelle s'expliquaient par la perte de 30 à 60 gr. d'hydrates de carbone par jour. Chez l'une des patientes une grossesse et l'allaitement furent très bien supportés.

D. conclut de ses constatations que: 1° la glycosurie rénale est un processus qui n'a rien à voir avec le métabolisme; en effet le sucre sanguin est normal, le métabolisme n'est aucunement troublé, la glycosurie n'est pas pratiquement influencée par l'alimentation (régimes variés, épreuve du jeûne).

2° Le trouble ne peut avoir pour origine un abaissement du seuil rénal pour le sucre: le com-

portement de la glycémie et de la glycosurie montre une indépendance accentuée des deux facteurs; la constance du sucre sanguin s'oppose aux bonds capricieux de la glycosurie. L'excrétion du sucre repose sur une sécrétion active de la cellule rénale, et non sur une filtration.

3° Cette anomalie sécrétoire de la cellule rénale ne provient ni des organes du métabolisme ni du rein lui-même, mais se produit sous l'action de certaines excitations ayant leur origine dans des centres hiérarchiquement supérieurs, probablement du cerveau intermédiaire, et s'exerçant par voie hormonale, sans que l'on puisse encore préciser la nature de l'hormone ou le trouble de la corrélation hormonale en cause.

4° L'acidose ne traduit pas une altération sérieuse du métabolisme; ce serait une acidose de faim, causée par la perte importante d'hydrates de carbone par l'urine.

5° La dénomination de « glycosurie rénale » est préférable à celle de « diabète rénal ».

P.-L. Marie.

A. Starkus (Kaunas). ***A propos de la « capillaropathie oblitérante aiguë circonscrite »*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **58**, n° 9, 27 Février 1937, p. 161-166). — Buinevitsch a décrit chez un malade sous le nom de capillaropathie oblitérante aiguë circonscrite une affection caractérisée par des infiltrations dures disséminées sous la peau, apparaissant au milieu d'accès fébriles et disparaissant sous l'action de la trypaflavine. D'origine septique, elle serait, d'après cet auteur, une affection autonome, primitive, des petits vaisseaux de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

C'est cette dernière opinion que conteste S. qui a eu l'occasion d'autopsier le malade en question. En réalité, celui-ci, comme le prouvent les recherches bactériologiques, anatomiques et expérimentales, était atteint d'une septicémie staphylococcique subaiguë au cours de laquelle des embolies microbiennes de faible virulence avaient provoqué la production, non de suppurations, mais de petites nécroses et de granulomes, probablement parce que l'organisme était suffisamment résistant pour surmonter rapidement l'infection. Ces granulomes des vaisseaux du tissu cellulaire sous-cutané traduisaient la réaction de l'organisme à l'infection pyogène chronique causée par les staphylocoques et leurs toxines.

P.-L. Marie.

BRUXELLES MÉDICAL

G. Giordanengo (Turin) et **H. Pohl** (Bruxelles). ***Les récidives post-opératoires du goitre non basedowien*** (*Bruxelles médical*, t. **17**, n° 18, 28 Février 1937, p. 650-671). — A la Clinique chirurgicale de Quervain, à Berne, G. et P. ont retrouvé 45 cas de récidives post-opératoires sur un ensemble d'environ 4.000 thyroïdectomies pratiquées depuis 1918.

De l'étude histologique de 1.000 cas de goitres non basedowiens, et non récidivants, opérés de 1918 à 1924, ressort une très forte prédominance des formes nodulaires (61,5 pour 100) sur les formes diffuses (7,1 pour 100); 19 pour 100 des cas sont représentés par des formes parenchymateuses ou colloïdes à la fois diffuses et nodulaires et par les goitres mixtes.

Il semble que l'on puisse considérer, dans l'évolution du goitre, deux périodes: la première où son accroissement serait régi par les besoins de l'organisme en hormones thyroïdiennes; la deuxième où la demande de l'organisme est satisfaite et où la croissance du goitre n'est plus qu'un phénomène tissulaire local.

Parmi les goitres récidivants ou récidivés, la forme mixte est la plus fréquente. Les caractères tissulaires qui indiquent une activité particulière de la glande peuvent être considérés comme un élément qui augmente les probabilités de récidives.

Pour prévoir la récidive, on se basera sur l'âge du sujet à la première intervention et sur le type histologique du goitre. Pour la prévenir, ou aura recours, chaque fois que cela sera possible, aux ligatures des deux artères thyroïdiennes supérieures et inférieures droite et gauche en ne laissant subsister que la vascularisation strictement indispensable à la nutrition de la glande restante. On n'opérera pas les malades trop tôt, de façon à n'intervenir que pour des goitres dont l'activité tissulaire est réduite.

L'intervention chirurgicale n'est qu'un pis aller.

Robert Clément.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

W. W. Spink. ***Pathogénie de l'érythème noueux; ses rapports avec la tuberculose, l'infection streptococcique et le rhumatisme articulaire aigu*** (*Archives of internal medicine*, t. **59**, n° 1, Janvier 1937, p. 65-82). — Trouvant quelque confusion dans les travaux concernant l'étiologie de l'érythème noueux, S. a étudié d'une part de façon critique 10 cas personnels et, sauf chez un patient, il n'a pas trouvé de signes évidents de tuberculose. Par contre, les données suivantes plaidaient en faveur d'une relation étiologique entre le *Str. haemolyticus* et l'érythème noueux : chez 5 des 10 malades, l'érythème noueux avait été précédé d'une angine et dans 5 cas les cultures de la gorge révélèrent un streptocoque hémolytique du type β; l'injection intradermique d'une endotoxine constituée par des nucléoprotéines streptococciques détermina des nodules semblables aux lésions de l'érythème noueux chez 8 des 10 malades; les nodules streptococciques excisés et les lésions biopsiées d'érythème noueux présentaient un aspect histologique identique; des lésions similaires furent produites par l'injection du filtrat des cultures en bouillon des streptocoques isolés de 2 des patients. L'injection de tuberculine provoqua des lésions d'aspect semblable.

D'autre part, S. a analysé les observations de 133 malades traités au Boston City Hospital de 1924 à 1934. Il a retrouvé une relation étiologique semblable avec les infections à streptocoques et aussi avec le rhumatisme articulaire aigu.

Après avoir passé en revue la bibliographie de la question, il conclut que l'érythème noueux semble être une réaction inflammatoire spécifique de la peau à divers agents bactériens, toxiques et chimiques. L'association à la tuberculose paraît plus fréquente chez les enfants, l'association aux streptococcies, plus habituelle chez les adultes.

P.-L. Marie.

K. Nygaard et **G. E. Brown.** ***La thrombophilie essentielle*** (*Archives of internal Medicine*, t. **59**, n° 1, Janvier 1937, p. 82-107). — Sous le nom de « thrombophilie essentielle », N. et B. décrivent une affection qu'ils estiment être une entité nosologique nouvelle, se plaçant à côté de la thrombo-angéite oblitérante, de la thrombo-artério-sclérose oblitérante et de l'occlusion artérielle par embolie.

Il s'agit en général d'adultes en pleine activité qui présentent subitement une oblitération d'une des grosses artères d'un membre. Si la thrombose est massive et progressive, des ulcérations ou de la gangrène se montrent. En outre, les veines superficielles ou profondes peuvent aussi être thrombosées. Le processus peut devenir stationnaire, une circulation collatérale suffisante se développant, ou bien il est progressif et le patient peut perdre un membre. D'autres vaisseaux que ceux des membres peuvent être atteints par surcroît, par exemple les vaisseaux cérébraux ou les vaisseaux coronaires. Des infarctus peuvent se produire dans les reins, les poumons et la rate. Au bout d'un temps variable et après une disparition complète de tous les symptômes, une récidive se produit souvent.

On ne trouve pas de maladie primitive capable d'expliquer cette tendance à la thrombose, en particulier ni polycythémie, ni dyscrasie sanguine. Les modifications anatomiques des vaisseaux sont caractéristiques et de type simple, non inflammatoire. Il n'y a d'ordinaire qu'une légère réaction de la paroi ou même pas du tout. L'aspect histologique ne ressemble à aucun autre déjà connu. On ne trouve pas d'affection atteignant les tuniques vasculaires et, comme la thrombose frappe des sujets robustes et actifs, on peut éliminer tout ralentissement circulatoire comme facteur étiologique. Le processus pathologique semble essentiellement reposer sur une modification de la stabilité de la suspension des plaquettes et ne pas être une affection des vaisseaux sanguins. On trouve pendant les épisodes de thrombose une hypercoagulabilité du plasma que permet de mesurer la technique de Nygaard et qui ne se rencontre pas dans la thrombo-angéite oblitérante ni dans l'artériosclérose oblitérante, ce qui justifie la création d'une entité nosologique nouvelle.

N. et B. donnent la description détaillée de 5 cas de cette affection observés à la clinique Mayo.

P.-L. Marie.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

E. P. Mc Cullagh et **W. K. Cuyler.** ***Réaction de Friedman et tumeur hypophysaire*** (*Endocrinology*, t. **21**, n° 1. Janvier 1937, p. 8-19). — On trouve des quantités exagérées de prolan non seulement au cours de la grossesse, mais dans divers états tels que les chorio-épithéliomes malins, la môle hydatiforme, ainsi que dans des tumeurs renfermant du tissu chorial (tératomes). Il en existe aussi dans les tumeurs hypophysaires.

Chez 8 des 15 malades atteints de tumeur hypophysaire examinés par M. et C. la réaction de Friedman (injection d'urine du sujet dans les veines de lapines adultes non gravides et recherche des follicules hémorragiques ou rompus au bout de 10 jours) se montra positive.

M. et C. donnent un résumé des 7 cas où la réaction fut trouvée négative. Le diagnostic de tumeur hypophysaire fut vérifié à l'opération ou à l'autopsie dans 4 cas et l'examen histologique fut pratiqué dans 3 cas. Il s'agissait 1 fois d'adénome acidophile, 1 fois d'adénome basophile, 1 fois d'adénome kystique avec amas de cellules basophiles et de cellules acidophiles.

Parmi les 8 cas qui donnèrent une réaction de Friedman positive, la présence d'une tumeur fut vérifiée à l'opération ou à l'autopsie dans 4 cas. Deux malades étaient atteints d'adénome basophile, et l'un d'eux présentait le syndrome du basophilisme hypophysaire; un des malades avait un adénome acidophile et un autre un cancer papillaire de la poche de Rathke avec envahissement de l'hypophyse. Parmi les tumeurs non vérifiées donnant une réaction positive, 3 se rencontraient chez des acromégaliques et étaient donc probablement des adénomes acidophiles, une 4ᵉ était associée à des symptômes d'insuffisance sexuelle.

Dans les cas de tumeur hypophysaire à réaction de Friedman positive la radiothérapie hypophysaire fut parfois suivie d'une diminution marquée de l'excrétion du prolan dont témoignait l'affaiblissement de la réaction; dans 2 cas elle s'accompagna de diminution de l'excrétion de l'hormone testiculaire.

P.-L. Marie.

J. Huberman, H.-W. Israëloff et **B. Hymowitz.** ***Effets sur la spermatogénèse d'un extrait stimulant les follicules ovariens obtenu à partir de l'urine de femmes à la ménopause ou castrées*** (*Endocrinology*, t. **21**, n° 1, Janvier 1937, p. 67-72). — On a trouvé dans l'urine de femmes

à la ménopause ou castrées une hormone ayant une action stimulante gonadotrope dont l'effet chez le singe mâle se traduit par l'accroissement de la spermatogénèse. La substance en question extraite de l'urine ressemble à un polypeptide et paraît identique à l'hormone gonadotrope anté-hypophysaire elle-même.

H., I. et H. ont essayé cet extrait chez 10 hommes adultes présentant de la stérilité d'origine apparemment endocrinienne. Dans 9 cas ils ont observé une augmentation du nombre et de la mobilité des spermatozoïdes; mais dans aucun des cas l'amélioration ne fut suffisante pour rendre fécond le patient pendant la durée de l'observation. Les organes génitaux externes ne présentèrent pas de modifications non plus que les caractères sexuels secondaires. L'ardeur sexuelle augmenta chez deux sujets. On ne constata pas d'effets fâcheux.

P.-L. Marie.

THE LANCET
(Londres)

Murray McGeorge. ***L'activité de l'estérase cholique dans les maladies et spécialement dans la myasthénie*** (*The Lancet*, n° 5915, 9 Janvier 1937, p. 69-72). — L'activité de l'estérase du sang d'après des dosages effectués chez 132 malades montre de grandes variations qui n'ont aucun rapport avec les maladies dont sont atteints ces sujets. Après l'administration de prostigmine, il y a une chute de l'activité de l'estérase sanguine et chez les myasthéniques cette chute qui dure 5 à 6 heures coïncide avec la période toute temporaire où ces malades retrouvent leurs forces.

Chez les sujets non myasthéniques une dose de 2 milligr. 5 de prostigmine produit une contraction tonique des muscles du squelette due probablement à la stimulation prolongée de l'acétylcholine qui n'est plus détruite par l'estérase.

La prostigmine diminue donc l'activité de l'estérase. Celle-ci n'est pas détruite puisqu'elle reparaît si on détruit la prostigmine par dialyse.

Dans la myasthénie, il y a un manque d'équilibre au niveau des terminaisons nerveuses motrices, entre l'acétylcholine et l'estérase. Dans la myotonie congénitale il y aurait une production excessive ou une accumulation de l'acétylcholine au niveau des plaques motrices.

André Plichet.

G. Alster. ***Anémie pernicieuse après corrosion de l'estomac par l'acide nitrique*** (*The Lancet*, n° 5915, 9 Janvier 1937, p. 76-79). — On connaît maintenant les rapports qui existent entre l'anémie et les fonctions de la muqueuse gastrique. A. rapporte un cas d'anémie pernicieuse développée chez une femme âgée de 43 ans, atteinte de psychose maniaque dépressive, qui avait avalé sept ans auparavant de l'acide nitrique. La muqueuse gastrique fut complètement détruite, spécialement dans sa partie pylorique. L'estomac fut réduit au volume d'une saucisse avec une sténose pylorique considérable. Sept ans après cette tentative de suicide, on fit une gastroentéroanastomose, joignant ce qui restait de l'estomac au jéjunum.

Chez cette malade, il survint une anémie qui se compliqua bientôt d'un syndrome neuroanémique spinal. Cependant les préparations d'estomac et de foie ont fait perdre le caractère pernicieux à cette anémie. Elle présente maintenant tous les caractères de l'anémie que l'on voit après les gastroentéroanastomoses et que l'on peut appeler anémie « agastrique ». Elle est due en grande partie au passage rapide du bol alimentaire à travers l'anastomose et à la mauvaise absorption.

André Plichet.

IL POLICLINICO [Sezione chirurgica]
(Rome)

G. Scoppetta (Rome). ***Les épanchements bilieux intrapéritonéaux (cholépéritoines, péritonites biliaires sans perforation)*** [*Il Policlinico* (Sez. chir.) [t. 44, n° 1, 15 Janvier 1937]. — Un homme de 28 ans présente depuis un an et demi des coliques hépatiques quand survient un syndrome péritonéal qui en impose pour une appendicite aiguë. L'opération montre l'existence d'un cholépéritoine. L'exploration des voies biliaires est immédiatement faite : l'hépatique et le cholédoque sont dilatés; la vésicule distendue est libre; le pancréas est induré. Aucune adhérence avec les viscères voisins colorés par l'épanchement de bile. En cours d'opération on voit sourdre de la vésicule comme une véritable « rosée » de bile. Cholécystectomie. Drainage sous-hépatique. Guérison.

La vésicule enlevée contient une bile épaisse sans aucun calcul. Les parois sont épaissies par de l'œdème, mais ne présentent aucune solution de continuité.

L'examen histologique montre que l'épithélium de la muqueuse a disparu en partie et que les diverses tuniques sont dissociées par un œdème inflammatoire important. En un point, situé au fond de la vésicule, les lésions sont à leur maximum. Tout autour d'une zone en voie de nécrose sont des vaisseaux thrombosés. Il est certain que là est le point perméable au contenu biliaire, véritable lésion préperforative, et que seul le microscope a pu découvrir.

S. reprend à propos de son observation les diverses théories pathogéniques invoquées pour expliquer ces cholépéritoines.

L'article se termine par une bibliographie très complète.

Marcel Arnaud.

RIVISTA DI MALARIOLOGIA
(Rome)

A. Rosa, E. Suzzi Valli et **R. Maccolini.** ***Ancora sull' Atebrin e la Plasmochinanella bonifica umana antimalarica*** (Atébrine et plasmochine dans la prophylaxie du paludisme). [*Rivista di Malariologia*, t. 15, n° 4, 1936, p. 258-288]. — R., S. V. et M., ayant à organiser la lutte antimalarique dans 5 territoires du Bas-Ferrare, ont employé, comme médicament prophylactique, l'association d'atébrine et de plasmochine. Ils sont arrivés, par ce moyen, à réduire considérablement l'indice endémique. Les succès ont été particulièrement marqués dans les endroits à densité humaine faible, avec habitations disséminées sur de vastes superficies. Au contraire, dans les régions où existent de fréquentes communications avec les zones voisines impaludées, les résultats obtenus ont été moindres. La répétition du traitement prophylactique pendant 2 années consécutives, sur un certain territoire (St-Joseph), a fait diminuer notablement le nombre des impaludés.

L'emploi combiné d'atébrine et de plasmochine permet de condenser la cure en 5 ou 6 jours. Les accidents consécutifs à l'absorption de ces médicaments ont été observés dans une proportion inférieure à 1 pour 100. Cependant, chez les personnes traitées, on a noté une légère pigmentation cutanée dans un tiers des cas. R., S. V. et M. estiment qu'il y a le plus grand intérêt à associer l'atébrine et la plasmochine comme traitement prophylactique du paludisme.

Ch. Joyeux.

REDACTION. — Adresser tout ce qui concerne la rédaction à M. le Dr Desfosses, La Presse Médicale, *120, boulevard Saint-Germain, Paris, VIe.*

MITTEILUNGEN AUS DER MEDIZINISCHEN AKADEMIE ZU KIOTO
(Kyoto)

J. Morioka et **M. Yagishita.** ***Le fonctionnement de la thyroïde*** (*Mitteilungen aus der medizinischen Akademie zu Kioto*, t. 19, n° 1, Janvier 1937, p. 242-252). — Des recherches de M. et Y. il résulte que la teneur en iode du sang se montre presque toujours abaissée chez les tuberculeux pulmonaires avancés tandis que dans les formes initiales et stationnaires elle est le plus souvent augmentée ou normale. La fièvre, la tachycardie ne modifient pas l'iodémie.

De même, les expériences sur les lapins montrèrent que le fonctionnement de la thyroïde s'accroît au début sous l'influence de la tuberculine (TA) et qu'au bout d'un laps de temps assez long il diminue.

P.-L. Marie.

THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Sendai)

M. Takata et **M. Dohmoto.** ***Nouvelle méthode pour mesurer le taux de floculation du sérum sanguin. Détermination du jour de l'ovulation chez la femme*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. 30, nos 3-4, 30 Janvier 1937, p. 219-251). — Il règne encore bien des contradictions sur la date de l'ovulation chez la femme et la doctrine d'Ogino-Knaus qui fixe la date de l'ovulation au 14e-15e jour avant la menstruation suivante chez les femmes régulièrement réglées toutes les 4 semaines a soulevé des objections et il en sera ainsi tant que nous ne posséderons pas de méthode fidèle pour déterminer la date de l'ovulation.

T. et D. estiment que la détermination du taux de floculation du sérum, dont ils ont donné précédemment la technique dans le même périodique (1936, 28, 522), permet de préciser justement cette date. La courbe de floculation, quand on la détermine tous les 2 jours chez la femme, présente des fluctuations rythmiques dans le temps qui correspondent au cycle sexuel de la femme, le taux de floculation présentant un minimum pendant la menstruation et un second minimum ne durant qu'un seul jour au milieu de la période intermenstruelle, correspondant à l'ovulation.

De leurs recherches ils concluent, en désaccord très tranché avec Ogino-Knaus, que :

1° L'ovulation se produit toujours normalement — de façon tout à fait indépendante de la durée du cycle sexuel — en fonction de la menstruation précédente et séparée d'elle par un intervalle de temps presque égal.

2° Quand on calcule la date de l'ovulation, c'est le premier jour des règles passées, et non le premier de la période menstruelle à venir, qui est le chiffre capital.

3° D'après les types de floculation, celle-ci peut être subdivisée en 3 modalités : type précoce, type moyen et type tardif. Le type moyen est le plus fréquent, puis vient le type précoce, le type tardif étant très rare. Le type d'ovulation se montre propre à chaque femme.

4° Estimée d'après cette méthode, l'ovulation se produit du 6e au 19e jour après le commencement de la menstruation, mais elle a lieu le plus souvent pendant la seconde semaine du cycle sexuel, du 11e au 15e jour, en moyenne le 13e jour de l'intervalle intermenstruel. Il n'existe donc pas de date de l'ovulation strictement limitée et ayant une valeur générale.

A ce propos T. et D. signalent qu'ils ont vu survenir des grossesses immédiatement après un

rapport sexuel ayant eu lieu le jour de l'ovulation indiqué par eux, preuve de la justesse de leurs constatations.

P.-L. Marie.

T. Ishibashi. ***Contribution à la sérologie de la lèpre. Etude spéciale des antigènes actifs dans la réaction de fixation du complément*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **30**, n°s 3-4, 30 Janvier 1937, p. 287-315). — I. s'occupe d'abord de la question de la positivité de la réaction de Wassermann dans la lèpre. Il a constaté 22,5 pour 100 de réactions de Wassermann positives chez 138 lépreux examinés. Il explique cette fréquence en admettant la production d'un anticorps spécial dans le sérum des lépreux. Ses recherches sur les animaux semblent confirmer cette opinion: le sérum des lapins immunisés avec des substances éthéro-solubles provenant de bacilles acido-résistants (bacille tuberculeux aviaire) donne souvent un Wassermann positif. Si on les immunise, en outre, avec du sérum de porc, la réaction de Wassermann devient constamment positive.

Après beaucoup d'autres, I. a tenté d'élaborer un séro-diagnostic de la lèpre au moyen de la fixation du complément. Il a obtenu des résultats satisfaisants en se servant de 2 antigènes: l'un qui est une suspension en eau physiologique de bacilles acido-résistants isolés par Ota du sang de lépreux, dégraissés par l'éther et additionnés de cholestérol (87 pour 100 de réactions positives chez les lépreux de divers types contre 2 réactions positives seulement chez 177 sujets non lépreux); l'autre, encore meilleur (91 pour 100 de réactions positives) est un extrait éthéré de bacilles tuberculeux aviaires additionné de cholestérol.

Pour approfondir la nature de ces antigènes efficaces, I. a immunisé des lapins avec le dernier de ces 2 antigènes, non additionné de cholestérol. Il n'a guère pu déceler d'anticorps, même en présence de l'antigène homologue. Dans le sérum des lapins immunisés avec le premier de ces antigènes, il a mis en évidence un anticorps présentant de l'affinité non seulement pour l'antigène homologue, mais aussi pour les antigènes hétérologues.

I. a étudié également le pouvoir agglutinant du sérum des lépreux. Il n'est pas possible de le mettre en évidence de façon sûre, même quand on travaille avec les divers bacilles acido-résistants isolés de cas de lèpre humaine. D'autre part, il n'y a pas davantage à espérer de la réaction d'agglutination pratiquée avec le sérum de lapins immunisés avec divers bacilles acido-résistants ni pour le séro-diagnostic ni pour l'identification de ces bacilles. Toutefois la réaction entre bacilles homologues et immunsérum se produit à un taux plus élevé qu'entre bacilles hétérogènes et sérum.

P.-L. Marie.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

D.-L. Hulst. ***Intoxication par l'or, granulations basophiles et éosinophilie*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **1**, n° 9, 27 Février 1937, p. 868-876). — Pendant toute une année les malades atteints de polyarthrite primitive chronique venus en consultation à la policlinique de Leide ont été traités par une préparation d'or (solganal B). Les injections se sont faites à la dose d'abord de 10 milligr., puis à des doses croissantes jusqu'à 200 milligr. de façon à faire un total de 3 gr. Tous ces malades ont été suivis de près au point de vue des phénomènes généraux d'intoxication et notamment au point de vue des réactions sanguines. En cessant les injections à temps, toute intoxication sérieuse a pu être évitée.

Mais le fait que souvent ces phénomènes d'intoxication débutent d'une façon brusque oblige à chercher des signes avant-coureurs; plusieurs auteurs ont pensé trouver ces signes dans l'apparition d'érythrocytes à granulation basophile ou dans la polychromasie et d'autres auteurs dans l'augmentation des éosinophiles. H. a donc étudié, chez ses malades, l'apparition de ces signes précurseurs.

Les résultats de ces examens ont été les suivants: sur 51 malades ayant fait une cure d'or, il en est 2 chez lesquels on n'a jamais trouvé d'érythrocytes à granulation basophile. Dans la plupart des cas les granulations basophiles étaient associées à la polychromasie. Sur 41 cas examinés avant toute injection, il en est 7 qui présentaient des granulations basophiles et sur ces 7 trois avaient de l'anémie hypochromique. Sur les 34 chez lesquels on n'en a pas décelé avant le traitement, il en est 32 chez qui ces éléments ont apparu après une dose d'or variant de dix milligr. (10 cas) à 2.000 milligr. (2 cas). Au total plus de 50 pour 100 ont présenté ce signe dès la 2e injection, alors qu'il n'avait été injecté que 30 milligr. d'or. Il n'a jamais été observé de corrélation entre les granulations basophiles et les phénomènes d'intoxication.

L'apparition des érythrocytes à granulation basophile a souvent été considérée comme un phénomène de régénération et divers auteurs ont pu établir que ces érythrocytes apparaissent sous l'influence d'intoxication expérimentale par Pb, Th, Co, Ca, As, etc. On a constaté également la présence de ces érythrocytes chez l'embryon, dans les anémies de l'endocardite, dans le paludisme, dans les hémorragies, etc. Ces granulations basophiles ont des dimensions très variables et souvent on n'arrive pas à savoir s'il s'agit d'un basophile à granulation ou d'un érythrocyte polychromasique.

En ce qui concerne l'éosinophilie, on a recherché les œufs de vers intestinaux toutes les fois que la proportion des éosinophiles dépassait 5 pour 100. Cette recherche n'a eu des résultats positifs que dans 2 cas. Par ailleurs, on a quelquefois décrit dans la polyarthrite chronique primitive l'existence d'une éosinophilie, que H. lui-même a constatée chez quelques malades et qui variait alors de 6 à 10 pour 100. Dans tous les cas où les éosinophiles ont paru s'élever au-dessus du chiffre présenté par les malades lors de l'examen antérieur, on a bientôt constaté une forme ou une autre d'intoxication. Tous les malades qui ont accusé une perte du goût, un mauvais goût, de la stomatite, des phénomènes de dermatite, avaient en même temps de l'éosinophilie. Il semble donc à H. désirable que tous les malades traités avec de l'or soient soumis à un examen de sang hebdomadaire, et que, si le nombre des éosinophiles augmente, on interrompe à temps le traitement par l'or.

P.-E. Morhardt.

A. J. G. Belinfante. ***Le traitement de la parasyphilis dans les tropiques*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **1**, n° 9, 27 Février 1937, p. 876-884). — L'opinion d'après laquelle la parasyphilis serait rare chez les habitants des tropiques repose, non pas sur des recherches critiques, mais sur de simples impressions de voyage. B. a, en tout cas, eu l'occasion d'en observer un certain nombre de cas chez les Javanais, les Malais et les Chinois. D'autre part, il est possible que, dans beaucoup de cas, le pian soit pris pour la syphilis, le diagnostic entre les deux affections étant très difficile.

Au point de vue du traitement de la parasyphilis on se heurte, aux tropiques, à des difficultés qui n'existent pas en Europe. L'impaludation en particulier est liée à certains dangers: il est difficile d'obtenir des souches qui ne contiennent pas des formes tropicales, et de plus, les malades traités peuvent eux-mêmes présenter une infection tropicale latente. Enfin les habitants de ces contrées présentent une immunité relative qui empêche l'impaludation de produire ses effets habituels et qui a été notée aussi bien aux Indes néerlandaises qu'en Italie (17 pour 100), en Turquie (29 pour 100), etc.

Dans ces conditions B. se décida à traiter les cas de parasyphilis qu'il a eu l'occasion d'observer par des injections intraveineuses de vaccin typhique selon la méthode de Van Wulfften Palthe, et bien que la plupart des auteurs considèrent l'impaludation comme la méthode de choix.

Au point de vue technique, la vaccinothérapie a l'avantage de ne pas faire perdre le temps que représente la période d'incubation, de permettre de régler à volonté les intervalles et le nombre des cures et de pratiquer, dès qu'il est nécessaire, des injections de bismuth ou de salvarsan.

B. donne les observations des malades ainsi traités et qui étaient atteints 2 fois de paralysie générale (Javanais), 6 fois de tabes (2 Javanais, 1 Malais et 3 Chinois). Les 2 paralytiques ont réagi sous l'influence du traitement par une amélioration surprenante de l'état clinique et de l'état du liquide céphalorachidien, alors que celui du sérum était peu modifié. Dans 2 cas de tabes l'amélioration du liquide fut très satisfaisante de même que celle de l'état clinique. Dans 2 autres cas où on n'a pu déterminer que quelques poussées de température, le nombre des cellules du liquide diminua mais les symptômes cliniques se modifièrent peu. Dans un dernier cas le traitement fut exclusivement spécifique et l'évolution de la maladie continua.

P.-E. Morhardt.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

E. Wollheim (Lund). ***Une nouvelle substance hypotensive propre à l'organisme; son rôle dans l'hypertension essentielle*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **91**, n°s 1-2, 20 Janvier 1937, p. 1-33). — W. a isolé de l'urine de sujets normaux et de chevaux une nouvelle substance hypotensive (Dépressan) qui fait défaut dans l'urine des hypertendus ou n'y existe qu'à l'état de traces; c'est une substance coctostabile, propriété qui la distingue de la Padutine de Frey. Elle résiste aussi à l'ébullition en présence de l'acide chlorhydrique et de la lessive de soude dilués. Elle est précipitée par l'alcool éthylique et méthylique, l'acétone et le sulfate d'ammonium. Elle est insoluble dans l'éther, le chloroforme et l'alcool titrant plus de 50°, très soluble dans l'eau et l'acide trichloracétique à 10 pour 100. Elle n'est pas adsorbable par le charbon, ne dialyse pas et n'est pas sensiblement influencée par l'électrocataphorèse. Tous ces caractères la distinguent des substances hypotensives décrites jusqu'ici.

W. a réussi à préparer une substance hypotensive très semblable à partir du lobe postérieur d'hypophyse.

L'action physiologique du Dépressan résulte simplement d'une dilatation marquée des vaisseaux périphériques. L'effet hypotenseur persiste assez longtemps, ce qui distingue encore le Dépressan des autres substances hypotensives connues. Les échantillons très purifiés n'exercent pas d'action sur le cœur, sur la respiration ni sur l'intestin.

L'injection intramusculaire chez les sujets atteints d'hypertension essentielle détermine également une baisse de pression.

W. discute la signification de cette substance dans l'hypertension essentielle. De ses expériences, il croit pouvoir déduire que cette affection est due à un manque de Dépressan.

P.-L. Marie.

M. S. Margouliss et **M. J. Santozky** (Moscou). ***Les données expérimentales de la neurographie par le Thorotrast dans le problème de la dynamique des neuro-infections*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **91**, n°s 1-2, 20 Janvier 1937, p. 41-53). — M. et S. ont cherché à élucider les voies de propagation des virus filtrants des neuro-infections par la voie nerveuse. Ils ont employé une substance de contraste, le Thorotrast, qui possède une haute dis-


POUR LE TRAITEMENT DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne. PARIS-15e. Vaugir. 11-23
A.J.I.P.

persion et qui, par ses propriétés physico-chimiques, se rapproche beaucoup de ces virus filtrants.

Ils ont constaté que l'injection intratronculaire et sous-arachnoïdienne de Thorotrast montre sa propagation par les espaces du périnèvre, les gaines vaginales et les gaines de Henle des faisceaux nerveux primitifs des nerfs périphériques et des racines spinales.

Introduit dans un nerf périphérique, le Thorotrast passe dans les espaces sous-arachnoïdiens. En arrivant vers le cul-de-sac formé par l'arachnoïde et la pie-mère, le Thorostrat sort de l'espace périneural dans le tissu épidural, d'où il passe partiellement par les stomates de la dure-mère dans les espaces sous-arachnoïdiens.

Le Thorotrast, par l'intermédiaire des gaines vaginales des nerfs périphériques des racines rachidiennes, ensuite par les gaines formées par la névroglie dans le nerf radiculaire et les racines intraméningées, pénètre directement avec les fibres nerveuses des racines rachidiennes dans les espaces sous-arachnoïdiens et dans la moelle.

Le Thorotrast introduit dans les espaces sous-arachnoïdiens prend la même voie de sortie que celui qui est introduit dans le nerf périphérique, avec cette différence que la voie de retour est plus courte, grâce à certaines conditions mécaniques qui empêchent la répartition centrifuge du Thorotrast.

L'injection de Thorotrast dans les espaces sous-arachnoïdiens démontre l'existence de voies anatomiques de communication entre ces espaces et le système lymphatique général.

La neurographie réalisée au moyen de Thorotrast, grâce à la haute dispersité de ce corps, peut être mise en parallèle avec la dissémination des neuro-infections, avec leur marche insidieuse, dans les affections du système nerveux central.

P.-L. Marie.

J. Waldenstrom (Upsal). ***Observations d'uvéo-parotidite et d'états voisins; étude spéciale des signes nerveux*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **91**, n°s 1-2, 20 Janvier 1937, p. 53-69). — Depuis quelques années les ophtalmologistes ont publié des cas d'un syndrome généralement fébrile, caractérisé par une inflammation du tractus uvéal accompagnée de parotidite. Mais quand on étudie ces cas de près, on voit que le processus pathologique peut atteindre tous les organes, si bien que ce syndrome intéresse tous les médecins.

W. relate 5 cas typiques et montre que le diagnostic peut en être fait en l'absence d'uvéite. Ces 5 cas présentaient des signes d'iritis bilatérale et un gonflement parotidien bilatéral. Chez 3 malades seulement il y avait de la fièvre, le processus étant encore en activité.

W. rapporte un cas qui simulait l'encéphalite léthargique et rappelait beaucoup le cas de Guillain de syndrome de Mikulicz apparu au cours d'une encéphalite épidémique. Les signes nerveux par leur diversité indiquaient l'existence d'un grand nombre de foyers. La biopsie parotidienne montra des lésions que W. considère comme de la tuberculose non caséifiante, si bien qu'il regarde ce cas comme une tuberculose miliaire aiguë bénigne du système nerveux.

Il compare le tableau anatomo-clinique de l'uvéo-parotidite à celui de la sarcoïde de Boeck. Bien des caractères sont voisins ou identiques: structure histologique semblable, nombreux cas insensibles à la tuberculine, présence très exceptionnelle de bacilles tuberculeux dans les lésions, hyperprotéinémie, etc.

Dans un cas, W. a pu constater le stade final des lésions qui ressemblaient beaucoup à celles qu'on rencontre dans la maladie de Mikulicz typique; aussi estime-t-il que cette dernière est souvent causée primitivement par un tissu tuberculoïde, même dans les cas où l'on ne trouve plus ultérieurement que de la fibrose et des cellules rondes. Il relate des cas de transition où le diagnostic d'uvéo-parotidite, de maladie de Boeck ou de maladie de Mikulicz paraît également correct. Il en conclut qu'un processus anatomique, qui se trouve le mieux désigné sous le nom de granulome tuberculoïde généralisé bénin, est la cause d'une grande variété de tableaux cliniques: maladie de Besnier-Boeck, lupus érythémateux, beaucoup de cas de maladie de Mikulicz, uvéo-parotidite, cas d'encéphalite léthargique avec parotidite.

Une observation montre l'utilité de la biopsie qui a permis de rectifier le diagnostic d'uvéo-parotidite et de poser celui de tumeur parotidienne.

P.-L. Marie.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

J. Hellström (Stockholm). ***Calculs staphylococciques. Etude clinique de 90 cas*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **79**, supplément 46, p. 1-97). — Ce travail concerne 90 cas de calculs rénaux et urétéraux, à l'exclusion des calculs vésicaux. On n'a pas tenu compte des cas où l'examen bactériologique n'a pu être fait et de ceux où il existait à côté du staphylocoque d'autres bactéries assez abondantes pour qu'on puisse se poser la question d'affection staphylococcique primitive.

Sur 750 cas de calculs rénaux et urétéraux, observés à l'hôpital Maria, de 1911 à 1934, 60 pour 100 étaient des calculs d'oxalate ou oxalate-phosphate; 5 pour 100 contenaient de l'acide urique ou des urates; 5 pour 100 étaient phosphatiques et aseptiques; 22 pour 100 étaient surtout infectieux; 5 pour 100 étaient des calculs de cystine ou de nature indéterminée.

Les cas sont surtout fréquents (96 pour 100) entre 21 et 50 ans. On n'en a pas observé au-dessous de 20 ans.

L'aspect et la réaction de l'urine infectée par le staphylocoque sont variables.

La calcémie reste dans les limites normales. Dans 4 cas, on a trouvé une légère hyperchlorhydrie. Dans la plupart des cas, il y avait une réduction plus ou moins marquée de la fonction rénale. Si la sédimentation des hématies est parfois normale, elle est le plus souvent élevée.

Dans 6 cas, on a trouvé des anomalies congénitales des voies urinaires.

17 sujets n'ont pas été opérés. Chez tous, les calculs furent éliminés spontanément. 9 furent guéris, chez 6 le staphylocoque persista dans les urines, chez 1, le colibacille; 1 sujet présenta de nouveaux calculs. 73 malades furent opérés, 48, une fois, les autres, 2 à 5 fois.

Les complications opératoires ont été rares; elles ont consisté en hémorragies 4 fois, en lésions du péritoine 4 fois et rupture de la plèvre dans un cas. Les complications post-opératoires ont été plus nombreuses. Chez les malades opérés on trouve 23 cas de guérison (32 pour 100). Chez 7 persistèrent le colibacille, chez 2 des staphylocoques. Les rechutes ont été fréquentes.

Pour améliorer les résultats du traitement, il faut s'attaquer à l'affection staphylococcique par les antiseptiques urinaires et en supprimant les foyers d'infection. Pour dissoudre les calculs formés et pour prévenir la formation de nouveaux, l'administration de substances acidifiant l'urine est utile, de même que le traitement des troubles du métabolisme calcique, la médication colloïdale et l'administration de vitamine.

Dans cet important mémoire sont encore envisagées les techniques radiologiques, les indications opératoires et la pathogénie.

Robert Clément.

K. A. Lagergren (Kristianstad). ***Expériences et vues sur l'anesthésie rachidienne fractionnée selon Sebrechts*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **79**, fasc. 3, 13 Janvier 1937, p. 219-227). — Après un aperçu historique de la rachianesthésie, et des facteurs qui ont contribué à la renaissance de cette technique, L. expose les principes qui sont à la base de la méthode du « dosage fractionné », telle qu'elle a été mise au point par Sebrechts, puis les détails de son application pratique.

1.000 rachianesthésies à la percaïne à 1 pour 1.500, selon la formule de Jones, ont donné des résultats favorables, de sorte que l'anesthésie spinale est devenue la méthode de choix dans les opérations sous-diaphragmatiques à la clinique chirurgicale de Pallin.

Un chapitre de cet important travail est consacré aux contre-indications de la rachianesthésie et à la possibilité de faire des rachianesthésies hautes dans les cas où l'état général est déficient.

Parmi les complications pouvant survenir au cours ou après la rachianesthésie, L. a étudié surtout la céphalée post-anesthésique et le choc spinal.

Sur 1.000 cas, il n'y a pas eu de mort pouvant être mise en relation directe ou indirecte avec l'anesthésie rachidienne. Un collapsus sévère s'est produit alors qu'on s'était écarté de la technique prescrite.

L'administration, par doses fractionnées, d'une solution faible de percaïne permet d'approcher au plus près la dose idéale nécessaire à une anesthésie impeccable. Cette méthode a l'avantage d'éviter avec le plus de sûreté, non seulement les dangers sérieux qui peuvent menacer les sujets « rachi-sensibles » (Sebrechts) à qui l'on injecte une dose unique calculée d'avance, mais encore les échecs représentés par des anesthésies incomplètes auxquelles étaient souvent exposés jadis les individus « rachi-résistants ».

Robert Clément.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

P. Cottenot et **E. Cherigié.** ***La téléræntgenthérapie des cancers*** (*Paris-Médical*, t. **27**, n° 12, 20 Mars 1937, p. 262-267). — Pour éviter la récidive ou la propagation du cancer, la radiothérapie comme l'exérèse doit dépasser largement en surface et en profondeur les dimensions de la tumeur. Dans ce but, il est nécessaire, en raison des lois auxquelles obéit l'irradiation, d'éloigner l'ampoule du sujet irradié.

C. et C. exposent minutieusement les diverses techniques employées dans ce but, le voltage, la filtration, la distance, la répartition en surface, etc.

La téléræntgenthérapie est une méthode spéciale dans laquelle la distance focale varie entre 1 et 2 mètres, les champs d'irradiation ayant 40 à 50 cm. de côté. Les avantages sont l'étalement de la dose totale sur plusieurs mois et l'absence de réaction locale. L'éloignement et l'étendue des champs irradiés donnent un taux de transmission important, un rayonnement diffusé énorme et, par suite, une homogénéisation excellente de l'irradiation. Les inconvénients sont les effets des larges irradiations sur le sang et l'insuffisance de la dose totale.

Contre les cancers localisés et pour lesquels on peut espérer, d'un traitement approprié, une stérilisation complète de la lésion, la ræntgenthérapie à fortes doses, suivant les techniques habituelles, est seule indiquée.

La téléræntgenthérapie apporte une arme nouvelle et précieuse contres les cancers généralisés, elle permet de soulager les malades et de prolonger leur existence à un stade de l'évolution cancéreuse où nous étions jusqu'ici désarmés. Il est possible aussi qu'elle puisse avoir une indication intéressante comme complément du traitement d'attaque dans les cancers localisés, pour prévenir les récidives.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

A. Valatx. ***De la tension artérielle chez les amputés*** (*Le Progrès Médical*, n° 14, 3 Avril 1937, p. 518-521). — A. a mesuré la tension artérielle chez 90 amputés de cuisse, à Barèges. La pression a été prise le 2e et le 3e jour après l'arrivée, le matin, couché, 2 h. 1/2 après le petit déjeuner. Par comparaison cette recherche a été faite chez d'autres malades ayant eu des fractures et ankylosés. Sont considérés comme hypertendus, ceux dont la pression maxima dépasse 160 mm. de mercure.

Sur 27 amputés de cuisse n'ayant pas 40 ans, 2 étaient hypertendus, soit 7,4 pour 100. Parmi 11 sujets, ayant une ankylose de la hanche à la suite d'une fracture du col du fémur, 1 était hypertendu, soit 9,9 pour 100.

Toujours au-dessous de 40 ans, 14 amputés de jambe n'avaient pas d'hypertension. De 35 sujets ayant des fractures du fémur, 1 seul était hypertendu (2,8 pour 100), 6 paralysies sciatiques ne s'accompagnaient pas d'hypertension.

Chez les sujets ayant dépassé 40 ans, on trouve 13 hypertendus sur 35 amputés de cuisse (20,63 pour 100), 10 hypertendus sur 47 ankyloses de la hanche ou fractures du col du fémur (21,27 pour 100). Parmi 32 sujets amputés de jambe, 3 hypertensions (9,37 pour 100). Sur 69 blessés ayant eu des fractures du fémur, 12 étaient atteints d'hypertension (17,39 pour 100) et 3 sur 13 de paralysies sciatiques (23,08 pour 100).

Le pourcentage des hypertendus est à peu près le même chez les amputés de la cuisse, chez ceux qui ont une ankylose de la hanche ou qui ont eu une fracture du col du fémur.

Chez ces blessés, la tension artérielle a tendance à s'élever avec l'âge un peu plus rapidement que chez les autres.

Si les amputés de cuisse sont plus hypertendus que les amputés de jambe ou les fracturés du 1/3 inférieur du fémur, ou que les paralysés, il faut faire intervenir le rôle du système nerveux.

Robert Clément.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (Paris)

R. Leriche et **F. Froehlich.** ***Recherches expérimentales sur l'origine des artérites oblitérantes. Production d'artérites oblitérantes à la suite de greffes répétées de surrénale*** (*Annales d'Anatomie Pathologique*, t. **13**, n° 9, Décembre 1936, p. 1039). — Maggi et Mazzochi ont montré qu'en faisant une greffe surrénale chez le lapin on obtenait des lésions artérielles rappelant celles de l'endartérite humaine. L. et F. ont repris leurs expériences sur 7 lapins; 5 de ce animaux ont fourni des pièces intéressantes.

La technique a consisté dans l'insertion sous la peau du dos de surrénale fraîche de lapin coupée en deux. Comme il a été démontré qu'au bout de 15 jours la greffe apparaît complètement altérée, L. et F. ont pratiqué de nouvelles greffes tous les 4 à 6 jours. Ils espéraient maintenir ainsi leurs animaux en état d'hyper-surrénalisme permanent: l'un de leurs animaux a reçu 40 greffes.

Seul le lapin qui a reçu ces 40 greffes a montré des lésions apparentes à l'œil nu: au moment où il a été sacrifié, il avait une ulcération sur la face dorsale d'une patte.

Au point de vue histologique, L. et F. disent avoir trouvé des lésions vasculaires d'autant plus marquées que le nombre de greffes était plus important, dépassant 20. Ces lésions portent surtout sur les artères musculaires des membres: elles consistent en un épaississement de l'endartère qui, dans un cas, allait jusqu'à ébaucher une oblitération de la lumière du vaisseau. Il faut signaler aussi des lésions des autres tuniques, mésartère, tuniques élastiques.

P. Moulonguet.

P. Dubuis. ***La péricardite hémo-pigmentaire*** (*Annales d'Anatomie Pathologique*, t. **14**, n° 1, Janvier 1937, p. 37). — L'autopsie d'un asystolique fait découvrir l'existence d'une péricardite hémorragique contenant 1 litre 1/2 de liquide rouge brun. Coexistaient avec cette péricardite des épanchements du péritoine et des plèvres, mais qui n'avaient pas le caractère hémorragique.

A propos de cette observation, D. reprend l'étude de la péricardite hémo-pigmentaire. Il montre la similitude de ces lésions avec celles de la pachyméningite hémorragique. L'étiologie est d'ailleurs aussi inconnue de l'une que de l'autre.

Dans l'observation relatée on ne peut mettre en évidence aucune cause pathogénique, sauf peut-être l'alcoolisme. D'une revue de la littérature D. retient surtout le travail de Manca sur l'existence de nodules épicardiques; mais cette petite lésion, d'ailleurs fréquente, n'est pas démontrée être comparable à la péricardite hémorragique.

Cette bonne revue générale n'apporte par conséquent pas la solution du problème étiologique des épanchements hémo-pigmentaires.

P. Moulonguet.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

A.M.D. Jolly, Lavergne et **Tanguy.** ***Etude expérimentale du Plasmodium Knowlesi chez le singe et chez l'homme*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **58**, n° 3, Mars 1937, p. 297-323). — Le Plasmodium Knowlesi est un hématozoaire infectant et pathogène des singes qui l'est également pour l'homme. Mais la résistance de l'homme est bien plus grande que celle du singe.

La durée du cycle évolutif de ce plasmodium paraît être de 20 heures. Son aspect morphologique est identique chez les différents hôtes où il se développe, singes ou hommes.

Le Plasmodium Knowlesi est originairement parasite des singes de l'espèce S. irus, mais il infecte aussi les singes de la grande famille des cercopithécidæ (macaques cernopithèques cynocéphales).

Chez l'homme, l'adaptation du parasite est difficile, la maladie produite est bénigne et la tendance à la guérison habituelle. Cet hématozoaire paraît supporter avec difficulté le séjour chez l'homme, il y perd sa vitalité, sa virulence et n'arrive que difficilement à se réadapter aux singes. L'homme se trouve à la limite de la résistance à l'infection par ce parasite du singe. Mais il faut élargir la notion de spécificité, le Plasmodium Knowlesi s'attaquant à plusieurs espèces voisines.

L'étude de cet hématozoaire apporte des éléments intéressants à l'étude expérimentale du paludisme.

Robert Clément.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

Ch. Amerling (Brno). ***Cholécystite toxique endogène*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. **27**, n° 3, Mars 1937, p. 248-265). — A côté de la cholécystite toxique, isolée par N. Fiessinger, il y a place selon A pour une cholécystite toxique *endogène*. A défaut d'une mesure exacte des endotoxines supposées, mais non encore isolées, on peut mesurer l'étendue des processus de fermentation et de processus de putréfaction dans le côlon, qui se maintiennent à l'état normal dans un certain équilibre. Or, d'après A., il existe une corrélation déterminée entre les symptômes de l'inflammation de la vésicule biliaire et la quantité de produits de putréfaction et de la fermentation dans l'intestin. L'inflammation vésiculaire s'accentue avec un excès d'acides organiques ou d'acides aminés dans l'intestin.

A. apporte quatre observations différentes quant à la marche endotoxique de la cholécystite, mais constantes quant à l'influence plus ou moins rapide ou plus ou moins efficace du régime ou de la diète.

L'image clinique de cette maladie se dessine en symptômes vésiculaires nets, et en symptômes extra-vésiculaires tels que crises gastralgiques,

symptômes intestinaux de coliques, de diarrhée, symptômes cardiaques de tachycardie et de pseudo-angine, de symptômes pulmonaires, d'asthme, de rhinite spastique, symptômes nerveux de lassitude permanente.

Le régime doit tendre à réduire les résidus intestinaux qui, entraînés dans le côlon, y donnent naissance à des fermentations et putréfactions anormales.

J. Okinczyc.

J. Glass (Varsovie). ***L'insuffisance du cardia*** (*Archives des maladies du tube digestif et des maladies de la nutrition* t. **27**, n° 3, Mars 1937, p. 266-271). — Un malade âgé de 48 ans présente des brûlures rétrosternales, opiniâtres depuis 20 ans. Depuis 3 ans, ce pyrosis ne survient que dans le décubitus à plat, ou quand le malade se penche pour ramasser un objet. Ces brûlures s'accompagnent parfois de régurgitations acides. Le thorax est déformé, pyriforme, d'origine rachitique.

La radioscopie exécutée debout ne révèle rien d'anormal. Dans le décubitus, la baryte reflue dans l'œsophage surtout au moment de l'inspiration. La compression de l'abdomen suffit pour faire refluer la baryte dans l'œsophage. L'estomac reste passif et ne se contracte pas comme dans le vomissement.

A l'examen des clichés, on voit une dilatation ampullaire sus-diaphragmatique qui correspond à la dystocie intra-thoracique de l'antre cardiaque (Anders), par relâchement de l'appareil ligamenteux de l'hiatus œsophagien du diaphragme (Berg).

Le pyrosis serait peut-être, en dehors de toute insuffisance du cardia, la manifestation de la régurgitation dans l'œsophage du contenu acide de l'estomac.

J. Okinczyc.

REVUE DE MICROBIOLOGIE APPLIQUÉE A L'AGRICULTURE, A L'HYGIÈNE ET A L'INDUSTRIE (Paris)

R. Seigneurin. ***Electrophorèse et conductibilité des suspensions microbiennes*** (*Revue de Microbiologie appliquée à l'agriculture, à l'hygiène et à l'industrie*, t. **3**, n° 1, Janvier 1937, p. 1-13). — S. étudie d'abord la conductibilité électrique et l'électrophorèse des suspensions microbiennes aqueuses dans leurs relations avec le *pH* et leur concentration en germes. Il montre qu'avec des microbes d'un même type, du même âge, mis en suspension dans de l'eau distillée après avoir été débarrassés par lavage de toute trace de milieu nutritif, la vitesse d'électrophorèse, le *pH* et la conductibilité électrique sont en définitive fonction de la concentration en germes des suspensions, ce qui revient à dire que c'est la charge électrique de la particule microbienne qui est en réalité une variable, fonction de la concentration de l'émulsion dans laquelle elle se trouve. Or, les courbes de la conductibilité, du pH, de la vitesse du transport en fonction de la concentration des suspensions, présentent des points caractéristiques communs; le germe considéré possède donc un « point de concentration critique » au-dessus de laquelle, par exemple, la charge devient constante, ou bien commence à décroître après avoir augmenté, etc... Et, si l'on envisage l'ensemble des courbes obtenues dans des intervalles très grands de concentrations, on voit que les variations se produisent soit régulièrement, soit presque par paliers successifs, de sorte qu'en certains cas on pourrait considérer le microbe comme une sorte d'ampholyte qui se comporterait, selon le signe de sa charge, comme une base ou un acide faibles.

S. a cherché ensuite à appliquer l'ensemble de ces propriétés, soit à la différenciation de certains microbes, soit à l'étude de la constitution chimique et de la virulence. Les germes d'une même espèce microbienne ont des vitesses de transport différentes selon leur virulence et leur toxicité (méthode permettant de différencier très rapidement les bacilles diphtériques avirulents des virulents). Les races R (colonies rugueuses) et les races S (colonies lisses) ont une charge différente, en rapport d'ailleurs avec une virulence différente. De plus, dans une même espèce microbienne, les races, résultant de l'adaptation à tel organe (tropisme) ou à telle espèce animale qui se distinguent par quelques caractères biochimiques, se différencient aussi par leur vitesse de transport électrique. Ce caractère paraît même héréditaire.

En somme, la charge électrique semble être une propriété du microbe (dans des conditions de milieux bien déterminées), variable par passages successifs sur des êtres vivants différents et se conservant ensuite héréditairement. Mais cette propriété ne s'acquiert que dans un milieu quelconque et est variable avec celui-ci. La charge électrique, loin d'être une constante, semble être un caractère acquis par le germe dans un milieu donné, et dépendant de la concentration microbienne. De même que la charge varie quand varie l'acidité ou l'alcalinité de l'émulsion, de même la charge est une fonction de la concentration de la suspension, comme le *pH* en est une autre. Toutes ces propriétés électriques dépendant de la charge sont donc essentiellement contingentes.

P.-L. Marie.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Georges Mahé. ***La carie dentaire est une maladie organique*** (*Revue de Stomatologie*, 39e année, n° 3, Mars 1937, p. 161-177). — M. prend position dans la pathogénie si controversée de la carie dentaire. Il admet que la carie est d'origine interne, que la lésion superficielle est l'aboutissement du rappel par la pulpe des matériaux calcaires contenus dans la dentine. Il croit donc *à la fonction résorbante de la pulpe*. Les caries symétriques ne sont pas dues à une absence de résistance congénitale des dents homologues nées à la même époque, les espaces interglobulaires ne sont pas des troubles dystrophiques congénitaux. La carie n'est pas causée par un agent agressif externe, elle n'est non plus un processus actif succédant à un processus passif de décalcification. Le processus carieux ne se développe pas de la périphérie vers le centre. « La carie est la manifestation d'une défaillance organique qui peut être provoquée par des causes de nature très différente. Par là, la carie se trouve reincorporée dans le cadre général de la pathologie et apparaît comme une lésion relevant des facteurs les plus subtils qui règlent l'équilibre biologique de l'être vivant. »

C. Ruppe.

L'ÉCHO MEDICAL DU NORD (Lille)

O. Lambret et **J. Driessens.** ***L'action des radiations infra-rouges sur les modifications humorales post-opératoires*** (*L'Echo médical du Nord*, t. **7**, n° 10, 7 Mars 1937, p. 349-456). — Chez 10 opérés, des prises de sang avant l'opération, immédiatement après, 6 heures, 24 heures et 48 heures plus tard ont permis de doser l'urée, les polypeptides, les acides aminés, la glycémie, le chlore plasmatique et globulaire, le *pH* et la réserve alcaline.

Il s'agissait d'interventions portant sur les voies digestives ou les organes pelviens féminins. Les rayons infra-rouges furent appliqués pendant toute la durée de l'opération. Les rayons ultra-violets pendant les 10 dernières minutes.

Les irradiations infra-rouges sont sans action sur l'hyperpolypeptidémie et l'hyperglycémie post-opératoires, elles diminuent légèrement l'hypochlorémie. Elles freinent sensiblement la chute du *pH* et celle de la réserve alcaline.

Outre leur côté pratique, ces notions permettent de mieux connaître le retentissement de l'acte opératoire sur la vie végétative de l'organisme.

Chez 15 opérés, grâce au procédé du rouge congo, on a constaté, d'une façon régulière, une diminution de la masse sanguine pendant toute la durée de l'opération qui ne se rétablit à son taux normal que 50 à 60 minutes plus tard. Au cours de 15 opérations, faites sous irradiation infra-rouge, le phénomène s'est avéré peu marqué.

Si l'on compare le résultat des analyses après opérations faites sous infra-rouge et l'absence des malaises habituels, on peut interpréter le rôle des diverses variations humorales dans le déterminisme de la maladie opératoire. C'est l'acidose qui semble être l'agent des troubles qui suivent immédiatement les opérations.

Chez des opérés auxquels furent appliqués simultanément les rayons infra-rouges et des injections de chlore + glucose + insuline, les modifications humorales sont tout à fait insignifiantes, aussi bien au point de vue chimique que physique.

Les injections hypertoniques sont également à recommander dans les brûlures, les traumatismes et la maladie des rayons, mais leurs bons effets ne doivent pas faire renoncer à l'utilisation des rayons infra-rouges.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

R. Tislowitz. ***La vitamine B_1 et les échanges d'hydrates de carbone*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 7, 13 Février 1937, p. 226-228). — Les relations très étroites qui existent entre la vitamine B_1 et les échanges d'hydrates de carbone sont connues déjà depuis très longtemps. Mais les expériences faites par les divers chercheurs ont montré que les préparations de vitamines ont des effets hypoglycémiants très variables. D'ailleurs, ces effets ne se manifestent qu'en cas d'hyperglycémie et jamais chez les individus tout à fait normaux. T. a repris ces recherches avec une préparation de vitamine B_1 standardisée (Betaxin). Il a été constaté, tout d'abord chez les chiens et chez les lapins, que 400 ou 200 unités-pigeons de vitamine B_1 provoquaient en 2 ou 3 heures un abaissement du sucre du sang tel que parfois il apparaissait une phase d'hypoglycémie passagère. Les chiens se sont montrés, à cet égard, plus sensibles que les lapins. En même temps on a constaté un ralentissement très net du pouls. Un repas d'épreuve (50 gr de glucose pour 150 cmc d'eau), provoquant habituellement chez les chiens une augmentation de la glycémie de 121 contre 68 milligr, a eu, après administration de la vitamine B_1, des effets beaucoup moins marqués (91 contre 68 milligr.). De plus, l'hypoglycémie insulinique est notablement renforcée par la vitamine B_1 et avec retour à la normale plus rapide.

Il est possible que la vitamine B_1 ait un point d'attaque central et agisse sur l'hypophyse ou sur les centres nerveux végétatifs. Il est possible, d'autre part, que les bons effets du régime de légumes, chez les diabétiques, soient dus à la richesse de ces mets en vitamine B_1 qui exerce également une action favorable sur la toxicose du nourrisson, affection non sans analogies avec l'avitaminose B_1. De même la vitamine B_1 doit avoir une signification thérapeutique dans les excès alcooliques, notamment pour prévenir les altérations et les symptômes du système nerveux.

P.-E. Morhardt.

W. Brings. ***Recherches sur la vésicule de cantharide et la réaction de la sédimentation du sang en cas d'affection inflammatoire chronique-rhumatismale sous l'influence du traitement simultané par le pyramidon et les bains*** (*Kli-*

nische Wochenschrift, t. **16**, n° 8, 20 Février 1937, p. 270-273). — B. rappelle les recherches de Markees, sur le contenu cellulaire de l'exsudat de la vésicule de cantharide et sur les conclusions qu'il y a lieu de tirer du chiffre ainsi trouvé quant à l'énergie de la réaction inflammatoire. Du fait de ces recherches, B. a été amené à étudier les effets du traitement par pyramidon et par bains sur cette réaction inflammatoire dans diverses formes de rhumatisme.

Des malades atteints d'arthrite rhumatismale chronique ou de maladie de Bechterew ont été traités, pendant 2 ou 3 semaines, au moyen de bains de boue et par une dose de 2 ou 3 gr. de pyramidon par jour, administré selon la méthode de Schottmüller. Le pyramidon était ensuite interrompu pendant 8 jours, puis repris pendant 15 jours environ.

Il a pu être ainsi constaté que la réaction inflammatoire a été, sur un total de 25 cas, moindre qu'au début, 11 fois, plus forte 11 fois également et inchangée 3 fois. Dans 17 cas, cette réaction a d'abord augmenté, puis ensuite diminué. La vitesse de sédimentation a diminué dans 20 cas et augmenté dans 5. Dans 10 cas, la sédimentation a diminué sous l'influence du pyramidon, puis augmenté quand le médicament a été cessé pour diminuer de nouveau quand on a repris la thérapeutique. Ainsi la réaction inflammatoire et la vitesse de sédimentation n'ont pas une évolution tout à fait parallèle.

Il y a lieu de considérer que les malades dont les lésions présentaient des signes plus ou moins marqués d'activité étaient sujets à des variations spontanées assez importantes de leur état morbide. D'un autre côté, si le pyramidon agit comme un antiphlogistique, par contre, les bains doivent être considérés comme mobilisant les forces de défense et activant les processus inflammatoires. Si on admet avec Eppinger, que dans la polyarthrite rhumatismale il y a, comme dans l'« inflammation séreuse », une lésion des capillaires diminuant l'étanchéité des parois, on doit penser, d'après B., que le pyramidon agit précisément en rendant ces parois vasculaires plus étanches, en retenant, par conséquent, le sérum dans le torrent circulatoire et par suite en diminuant la vitesse de sédimentation.

En consolidant les parois capillaires, le pyramidon doit également agir sur la migration des leucocytes et par conséquent sur la réaction inflammatoire telle qu'elle peut être observée dans la vésicule de cantharide. Ainsi l'action du pyramidon doit se faire surtout sur les vaisseaux.

P.-E. Morhardt.

F. H. Dost. ***La méthode de détermination de la vitamine A dans le sang humain par la méthode du photomètre à échelons*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 8, 20 Février 1937, p. 273-275). — Pour doser la vitamine A, D. a eu recours à la réaction de Carr et Price, dont il a mesuré l'intensité au moyen du photomètre à échelons, en employant comme liquide compensateur une solution au trois cent millième de bleu Victoria. Quand on pratique cette réaction avec la fraction insaponifiable de l'huile de foie de morue, D. a obtenu, comme d'autres auteurs, une courbe logarithmique pour les valeurs d'extinction. La réaction utilisée est déterminée par la vitamine A aussi bien que pour le carotène, de sorte qu'avec la méthode employée par D. on n'obtient que la somme des deux corps.

Pour arriver à doser des proportions très petites de la vitamine et de la provitamine, D. s'est efforcé d'employer une solution de trichlorure d'antimoine de même volume que celle du liquide à examiner, afin d'éviter toute dilution inutile du principe actif. La couleur déterminée par la réaction s'atténue extrêmement vite, de sorte que la lecture doit être faite toujours au même moment, c'est-à-dire entre la deuxième et la trentième seconde.

Ces dosages pratiqués chez les nourrissons ont montré qu'en cas de maladie, on obtient une proportion de vitamine exprimée en carotène de 0,097 milligr. pour 100 gr., contre 0,134 milligr. pour 100 gr., chiffre observé chez une série d'enfants sains, mais plus âgés que les malades et nourris depuis un peu plus de temps avec des légumes.

P.-E. Morhardt.

W. Catel. ***Dysphagie hypertonique-atonique du nourrisson avec vomissements habituels*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 9, 27 Février 1937, p. 296-299). — Il a été possible au moyen des rayons de Rœntgen de constater, chez 20 nourrissons, que les phénomènes de la déglutition présentent parfois des anomalies. Dans un premier groupe d'enfants qui doit être considéré comme normal, la bouillie opaque administrée formait, dans l'œsophage, une sorte de colonne homogène et ininterrompue. En même temps de l'air était avalé et la lumière de l'œsophage conservait la même dimension pendant toute la durée de l'expérience.

Par contre, dans un second groupe, les constatations sont extrêmement changeantes. L'œsophage est le siège de dilatations parfois considérables de formes très variables, dans lesquelles on trouve, soit la bouillie opaque, soit, bien plus souvent encore, de l'air avalé. Une dilatation sphérique importante est ainsi constatée assez souvent audessus du cardia et les dilatations atoniques alternent souvent avec des sténoses de l'œsophage. Parfois même, au-dessus du cardia, on observe le transport rétrograde du bol alimentaire. Cette seconde forme doit être considérée comme une dysphagie hypertonique-atonique. Entre ces deux groupes, il existe, d'ailleurs, de nombreux termes de passage.

Cette dysphagie a une signification clinique. Elle dépend, dans une grande mesure, de l'excitabilité du système nerveux du nourrisson. Elle s'observe d'une façon toute particulière chez des sujets névropathiques atteints de vomissements habituels typiques. Il faut donc admettre qu'à l'origine de ces états, il y a excitabilité anormale du système nerveux central, d'où augmentation de la déglutition d'air et harmonisation défectueuse des mécanismes qui règlent la déglutition. D'ailleurs, chez les nourrissons, ces vomissements habituels sont cause de régurgitation et doivent être attribués à divers facteurs: 1° disposition névropathique; 2° fixation d'un réflexe du vomissement comme une espèce de réflexe conditionnel; 3° fonctions péristoliques défectueuses de l'estomac. Les constatations ainsi faites ont de grandes analogies avec la dilatation idiopathique diffuse de l'œsophage et se rapprochent du cardiospasme, de l'insuffisance relative du cardia observée en cas de rumination.

Au point de vue thérapeutique, on est assez mal armé. L'atropine, les hypnotiques et les formules prescrites dans le mal de mer ont peu d'effets. L'alimentation à la sonde n'améliore pas non plus les choses. Chez les nourrissons plus grands, l'alimentation à la cuillère est recommandée. En terminant, C. rappelle le travail de Aimé et Lelong, dont il combat les conclusions. Pour lui il ne s'agit pas, dans cette affection, d'une insuffisance de mouvements de déglutition, ni du tonus de l'œsophage.

P.-E. Morhardt.

T. P. Störtebecker. ***Pouvoir antinarcotique de la folliculine et de l'hormone testiculaire*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 9, 27 Février 1937, p. 302-303). — S. a eu l'occasion de constater que l'administration de folliculine rend remarquablement réfractaire à l'égard de l'action anesthésique de l'éther et il a procédé à des recherches systématiques sur ce sujet. Pour cela, il a déterminé la quantité d'éther qui doit exister dans le sang pour que l'anesthésie soit obtenue chez des lapins normaux. Cette même valeur a été ensuite déterminée chez des animaux castrés, soit avant, soit après traitement par la folliculine ou par l'hormone testiculaire. Tous ces animaux ont présenté, après castration, une modification de la tolérance pour l'éther telle qu'il a fallu parfois que le taux de cette substance dans le sang augmente de 90 pour 100 pour obtenir l'anesthésie.

Les mêmes expériences ont été reprises chez les souris et ont montré que la tolérance pour l'éther est au maximum au moment du rut, c'est-à-dire quand la folliculine est le plus abondante dans l'organisme.

Dans quelques expériences, on a eu recours à l'anesthésie par le magnésium et on a constaté, chez les femelles, à la période de l'œstrus, que l'anesthésie par le magnésium s'établit lentement et faiblement, alors que dans le diœstrus elle est beaucoup plus marquée. Il en est de même chez les animaux castrés qui se trouvent dans un état analogue à celui de la période de l'œstrus.

P.-E. Morhardt.

M. Bürger et **R. Uiker.** ***Altérations tissulaires leucémiques après injections de substances biliaires*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 10, 6 Mars 1937, p. 334-337). — B. et U. sont arrivés à se demander si, dans le sang, à côté de la cholestérine, il existe d'autres substances insaponifiables qui auraient une signification biologique. Des recherches antérieures ont d'ailleurs montré qu'effectivement des substances de ce genre existent, et qu'elles sont particulièrement abondantes en cas de carcinose. Etant donné les relations qui existent entre la cholestérine et les hormones sexuelles, on serait donc amené à admettre que, quand la production de ces hormones diminue, vers la 40e et la 50e année, le principe à partir duquel ces hormones sont fabriquées, c'est-à-dire la cholestérine, subit une désintégration anormale au cours de laquelle il apparaît des substances carcinogènes. Effectivement, il existe de grandes analogies chimiques entre la cholestérine, le méthylcholanthrène et les substances carcinogènes actuellement connues, comme le benzopyrène et l'anthracène.

Pour répondre à la question ainsi posée, B. et U. ont expérimenté avec la bile totale, en injectant le résidu sec de la bile vésiculaire à des souris; ils ont constaté des modifications du sang, du foie, de la rate et de la peau, altérations qui ressemblaient fortement à la leucémie humaine.

Déjà, au bout de 4 semaines, on obtenait des altérations nettes de l'hémogramme blanc avec augmentation des globules blancs jusqu'à 20.000 ou 45.000 par millimètre cube. Un animal mort spontanément après 4 injections représentant 50 milligr. de résidu sec de bile a présenté des infiltrations de lymphocytes prenant parfois l'aspect de lymphome.

Les lésions ainsi provoquées sont indépendantes de la cause de mort du sujet, chez qui la bile a été recueillie. La bile de bœuf serait également active. Parmi les constituants de la bile actuellement connus, il n'en est aucun qui ait des effets de ce genre. D'autre part, les éléments solubles de l'éther semblent plus actifs que les éléments insolubles.

P.-E. Morhardt.

D. Scherf et **E. Schönbrunner.** ***Le réflexe pulmocoronaire dans les embolies pulmonaires*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 10, 6 Mars 1937, p. 340-344). — On trouve, en cas d'embolie pulmonaire, même peu importante, des modifications de l'électrocardiogramme et notamment un

abaissement de l'espace S-T en même temps qu'une disparition avec négativation de l'onde T. Des douleurs angineuses favorablement influencées par les nitrites ont été également constatées. Il y avait lieu d'admettre que les modifications de l'électrocardiogramme ainsi observées devaient être consécutives à une diminution de l'irrigation du myocarde avec sténose des coronaires, par réflexe pulmocoronaire. On sait d'ailleurs qu'une respiration profonde peut parfois arrêter des accès de tachycardie paroxystique.

Pour élucider le mécanisme de ces phénomènes, S. et S. ont procédé à des expériences sur des animaux, mis préalablement dans un état d'immobilité catatonique au moyen de la bulbocapnine. Chez ces animaux, l'embolie a été provoquée par l'introduction de petits bâtonnets de 2 à 3 mm. de diamètre et de 10 à 15 mm. de longueur, constitués par un mélange de perchlorure de fer, de solution salée physiologique et de sulfate de baryum. Dans 3 cas sur 10, on a pu constater une modification caractéristique de l'électrocardiogramme. Dans 4 autres cas, cette modification fut moins caractérisée. En somme, la réaction n'a ressemblé à ce qui s'observe en cas de troubles de l'irrigation du. myocarde que dans 1/3 des cas. Mais chez l'homme des altérations de l'électrocardiogramme peuvent également manquer après embolie pulmonaire, surtout s'il s'agit d'accident peu intense. Les embolus ainsi introduits dans la circulation des chiens sont tous arrivés dans le lobe inférieur et seule une action réflexe peut expliquer les constatations faites au cours de ces expériences.

S. et S. rappellent , à ce propos, des recherches du même genre récemment faites, soit par Eckardt, soit par Radnai et Mosonyi. Ces dernières surtout paraissent témoigner d'une action réflexe de l'embolie sur le diamètre des coronaires, car la section des vagues a empêché de se produire les phénomènes que l'embolie pulmonaire, pratiquée avec de la fécule de pommes de terre, provoquait chez les animaux intacts.

P.-E. Morhardt.

BRUXELLES MÉDICAL

D. Gilbert (Bruxelles) ***Le benzolisme en miroiterie*** (*Bruxelles médical*, t. **17**, n° 21, 21 Mars 1937, p. 779-783). — Le benzol a des effets désastreux sur le personnel des miroiteries. G. apporte 6 observations d'intoxications graves avec 3 décès et il suit actuellement 3 autres cas. Dans la préparation des miroirs, lorsque la couche d'argent a été déposée sur la glace, il convient de la protéger par un vernis assez solide pour la mettre à l'abri de toute détérioration ultérieure. Il faut que ce vernis se dessèche rapidement et qu'il ne désagrège pas la couche d'argent à laquelle il est superposé. Actuellement, après une première couche à base de gomme laque et d'alcool, on passe une couche plus résistante constituée par une solution de gommes résines dans du benzol. C'est cette dernière opération effectuée en général par des jeunes filles ou des femmes qui est meurtrière.

L'intoxication par le benzol produit un syndrome qui rappelle l'anémie pernicieuse aplastique dont le pronostic est des plus sévères.

Une prophylaxie efficace s'impose dans les miroiteries. Il faut soit remplacer le vernis au benzol par un autre vernis de couverture, soit pratiquer un vernissage automatique en milieu clos. Il faut en outre une surveillance médicale active du personnel et une séparation complète des salles d'argenture des ateliers de vernissage au benzol. L'idéal serait l'abolition radicale du toxique et il semble que l'on puisse espérer atteindre ce but.

Robert Clément.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

J. Bottin. ***Deux éléments essentiels de la clinique chirurgicale : La déshydratation et la déminéralisation*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. **8**, n° 10, Décembre 1936, p. 669-696). — Des expériences poursuivies sur le chien ont montré que l'occlusion intestinale haute, les fistules intestinales hautes, les vomissements provoqués abondants, déterminent un syndrome de déshydratation et de déminéralisation qui explique la plupart des modifications observées au niveau du sang: réduction de la masse sanguine, de la quantité d'eau, augmentation du nombre des globules rouges, de la quantité d'hémoglobine, du rapport volume globulaire sur volume plasmatique, de la viscosité, de la densité, de l'indice cryoscopique, réduction des électrolytes et particulièrement du Cl, du Na, du Ca et dans le plasma, du K, augmentation des albumines sanguines, de la coagulabilité du sang, élévation du taux de l'urée et de l'azote non protéique du sang, évolution vers l'acidose.

Un syndrome analogue peut s'observer à la suite d'une intervention chirurgicale. La déshydratation et la déminéralisation peuvent être la conséquence de mauvaises conditions d'alimentation ou de boisson, de vomissements abondants, de diarrhée copieuse, de sueurs profuses, d'hémorragies notables.

Pour être efficace, la thérapeutique doit apporter à l'organisme une quantité importante de liquide et en même temps des éléments minéraux, de manière à rétablir l'hydratation et la minéralisation normale du sang et des tissus.

L'introduction d'eau et d'éléments minéraux par voie buccale est largement suffisante, à la suite d'une opération simple. Si le malade est déshydraté et déminéralisé avant l'intervention, ou si le syndrome apparaît après l'opération, il faut recourir à des méthodes plus actives: introduction de solutions par voie hypodermique, rectale ou veineuse, sans supprimer l'administration par la bouche.

Les meilleurs résultats sont obtenus avec une solution qui apporte à l'organisme, en même temps que de l'eau, du Cl, du Na, du K et du Ca.

B. emploie une solution isotonique ou une solution légèrement hypertonique par l'adjonction de 40 gr. de glucose par litre.

Robert Clément.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

F. R. Ford et **H. Guild.** ***Puberté précoce suivant l'encéphalite morbilleuse et l'encéphalite épidémique. Avec discussion des relations entre des tumeurs et des processus inflammatoires intra-craniens avec le syndrome de macrogénitosomie précoce*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **60**, n° 3, Mars 1937, p. 192-202). — Après une encéphalite morbilleuse, avec 3 semaines de somnolence, chez une fille de 6 ans 1/2, persista un déficit mental important suivi de convulsions à répétition et 4 mois plus tard du développement des caractères sexuels secondaires. A 10 ans, elle a l'aspect d'une adulte, elle est instable et distraite et d'intelligence diminuée. Les règles commencèrent à 9 ans et 3 mois et depuis ont continué, légèrement irrégulières.

Chez une fille de 9 ans, une encéphalite au cours de la rougeole se traduisit par de la somnolence, de la cécité et une paralysie extensive. La paralysie rétrocéda, la névrite rétro-bulbaire persista, ainsi que des troubles psychiques; le développement sexuel commença 3 mois après la maladie, les seins se développèrent rapidement et les règles apparurent quelques semaines plus tard.

La troisième observation concerne un garçon de 11 ans qui, un an après une encéphalite épidémique fébrile, avec diplopie et somnolence, présenta une obésité transitoire, de la polyurie, et plus tard, un syndrome de Parkinson, avec séborrhée et salivation. En même temps son développement sexuel se fit rapidement et s'accompagna d'hirsutisme et de mauvaise conduite.

On tend à admettre que le syndrome de macrogénitosomie précoce résulte directement ou indirectement de lésions destructives de la région de la glande pinéale et des parois du 3e ventricule. On a cité des cas dans lesquels ce syndrome était associé non seulement à des tumeurs de la région pinéale, mais à des tumeurs de l'hypothalamus. On sait aussi que ce syndrome peut être consécutif à des processus inflammatoires tels que méningite, méningo-encéphalite et encéphalite épidémique.

Cependant, F. et G. n'ont pu trouver un seul exemple de macrogénitosomie précoce caractérisée associée à un véritable pinéalome. Cet organe est tout à fait normal dans de nombreux cas du syndrome de macrogénitosomie et sa destruction peut n'être suivie d'aucune modification apparente des organes génitaux.

Robert Clément.

AMERICAN JOURNAL OF DIGESTIVE DISEASES AND NUTRITION (Fort Wayne)

E. W. Klinefelter. ***Modifications de la pression sanguine durant la défécation*** (*The American Journal of Digestive Diseases and Nutrition*, t. **4**, n° 1, Mars 1937, p. 12-13). — Pendant l'année 1931, K. a observé 6 sujets qui moururent subitement d'hémorragie cérébrale alors qu'ils étaient hypertendus et constipés, de sorte qu'il semblait probable d'établir un rapport entre leur mort et l'association de l'hypertension à la constipation.

Chez 300 hommes, on mesura la tension artérielle au moment de la défécation. Les uns étaient normaux, les autres atteints d'hypertension, d'obésité, d'amaigrissement, de myocardite chronique bien compensée, d'asthme, d'hyperthyroïdie, d'angine de poitrine, de diabète, de tuberculose pulmonaire ou d'hypothyroïdie.

L'acte de la défécation produit régulièrement une élévation de la tension artérielle systolique et diastolique. L'augmentation moyenne est de 20 et 15 mm. Hg. Elle est d'autant plus élevée que les efforts d'évacuation sont plus grands. La maladie intercurrente ne semble pas modifier beaucoup cette hypertension passagère, seulement dans la mesure où elle permet l'effort de défécation.

Robert Clément.

A. A. Strauss, S. Strauss, P. Lévitsky, L. Scheman, E. E Seidmon, R. A. Arens, Jacob Meyer et **H. Necheles** (Chicago). ***Etude physiologique et clinique des malades après gastrectomie subtotale*** (*The American Journal of Digestive Diseases and Nutrition*, t. **4**, n° 1, Mars 1937, p. 32-37). — Sur 44 sujets ayant subi une gastrectomie subtotale, on a étudié le fonctionnement gastrique, le poids du corps et le sang. 30 avaient été opérés pour ulcère duodénal, 5 pour ulcère gastrique, 3 pour ulcère gastrique et duodénal et 6 pour ulcère gastro-jéjunal.

Le temps d'évacuation de l'estomac ne semble pas avoir de rapport avec les résultats cliniques. Chez 29 sujets ayant eu une évolution post-opératoire satisfaisante, il a varié entre 20 et 240 minutes avec une moyenne de 92 minutes. Chez un malade ayant présenté des douleurs épigastriques, il était de 95 minutes et chez ceux où l'opération n'a pas donné de résultats satisfaisants, il a varié entre 15 et 105 minutes.

Il y a une certaine relation entre les dimensions

du moignon de l'estomac et le temps qu'il met pour se vider; il ne semble pas y avoir de rapport entre ces dimensions et le résultat clinique final.

L'inscription graphique des mouvements de l'estomac avant l'opération et après celle-ci, à plusieurs reprises, ne fournit pas non plus de renseignements bien intéressants. Souvent, après l'intervention, on trouve le même chiffre de contractions.

La gastroscopie de 7 sujets montra une fois un ulcère gastro-jéjunal, 4 fois une muqueuse normale; chez les autres, il y avait de la gastrite ou des érosions de la muqueuse, 2 fois on a pu constater un fonctionnement « pylorique » de la bouche gastro-jéjunale.

Chez 9 sur 10 opérés, l'acide chlorhydrique libre disparut après l'opération; chez l'un d'eux, l'acidité resta élevée; chez deux autres, un certain degré d'acidité réapparut 2 ans et 1 an plus tard.

Sur 28 sujets chez qui l'on pratiqua des numérations globulaires et le dosage de l'hémoglobine, avant l'opération et 6 mois après, 6 avaient une anémie post-opératoire; 3 ne présentèrent aucun changement; 12 une amélioration du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine; chez 9, il y eut une diminution, mais sans anémie vraie.

Le poids du corps est de beaucoup le meilleur indice des résultats post-opératoires après gastrectomie subtotale. Les autres recherches fonctionnelles sont trop variables pour permettre des conclusions sur le résultat définitif de l'opération.

Robert Clément.

Marion Hood et **Lloyd Arnold** (Chicago). ***Relation entre la flore bactérienne de la bouche et celle de l'estomac*** (*The American Journal of Digestive Diseases and Nutrition*, t. 4, n° 1, Mars 1937, p. 40-43). — Des cultures furent pratiquées simultanément du liquide gastrique aspiré et des sécrétions buccales prises sur la langue. Ces recherches furent faites chez des malades hospitalisés (on ne peut donc pas considérer ces sujets comme entièrement normaux) mais en écartant ceux présentant un trouble gastro-intestinal ou souffrant d'anémie primaire. Il ne fut fait que des ensemencements sur milieux aérobies, notamment gélose au sang, milieu d'Endo, milieu sucré.

Il y a une similitude frappante entre la flore bactérienne de la bouche et de l'estomac obtenue de cette façon chez 25 sujets. Cela peut signifier que la flore buccale est présente dans l'estomac, soit d'une façon transitoire, soit d'une façon établie. Bien que ces micro-organismes, qui sont continuellement entraînés dans l'estomac, ne soient pas pathogènes pour la plupart, il est possible d'introduire des types virulents. Les germes le plus souvent trouvés sont : le staphylocoque blanc (21 fois), le staphylocoque doré (16 fois), le staphylocoque citrin (2 fois), le tétragène (4 fois), des streptocoques variés (18 fois), etc. Le colibacille n'a été rencontré que dans 3 des 25 sucs gastriques étudiés.

Si l'on introduit dans la bouche ou dans l'estomac un germe aisément reconnaissable comme le *Bacillus prodigiosus*, des cultures de contrôle montrent que ces microbes disparaissent de la bouche 2 heures et 36 minutes après l'ensemencement, alors qu'en moyenne ils disparaissent de l'estomac en 1 heure et 18 minutes.

Le rinçage de la bouche avec une solution saline est aussi efficace que celui fait avec une solution d'hexylresorcinol à 1 pour 4.000 pour réduire la flore bactérienne exogène de la bouche ou de l'estomac. La diminution du nombre des bactéries est due probablement à l'action mécanique du rinçage de la bouche. Bien que la salive contienne de nombreux micro-organismes, la flore bactérienne de l'estomac n'est pas notablement influencée par la dérivation du flot salivaire hors de l'estomac pendant une période de 2 heures.

Robert Clément.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

N. S. Plummer. ***La transfusion sanguine. Rapport de six cas de mort*** (*British medical Journal*, n° 3962, 12 Décembre 1936, p. 1186-1189). — En 2 ans 1/2, dans un même hôpital, P. a recueilli les observations de 6 cas de mort après transfusion. Dans 5 cas, la mort survint de 30 minutes à 90 heures après la transfusion avec des phénomènes d'œdème aigu du poumon, mais sans signe d'hémolyse. Ces sujets étaient atteints de cardiopathie ou d'anémie importante. Dans un cas, la mort survint après une seconde transfusion avec le même donneur qui avait servi à la première transfusion. Une sixième mort semble être due à une mauvaise détermination du groupe sanguin.

La transfusion, en dehors des réactions protéolytiques se traduisant surtout par de la fièvre, comporte quelques risques, même si la détermination du groupe a été faite correctement. Ces risques doivent inciter à une certaine discrétion dans l'utilisation de cette méthode thérapeutique.

André Plichet.

M. F. Lockett. ***La thérapeutique par inhalation*** (*British medical journal*, n° 3963, 19 Décembre 1937, p. 1251-1254). — On sait que des pulvérisations de certaines substances médicamenteuses passent rapidement dans les bronches et pénètrent jusque dans le tissu interstitiel du poumon. L. a repris ces expériences et, d'après ses conclusions, les résultats, en clinique, sont assez décevants.

L'inhalation d'insuline ne produit aucun effet sur la glycémie. L'inhalation d'iodure de potassium produit un léger coryza, mais cette substance ne peut être retrouvée dans les urines. L'inhalation d'adrénaline augmente la pression alors que celle d'oxygène, à raison de 10 litres par minute, la fait baisser. Ces inhalations ont été poursuivies pendant vingt minutes.

Des inhalations à base de camphre ont paru améliorer 2 cas de congestion passive du poumon, mais dans 9 cas de bronchite chronique, on ne constata de l'amélioration que dans 2 cas.

L'inhalation de 3 à 4 cmc d'une solution d'adrénaline à 1/1.000e peut amener la fin d'une crise d'asthme, mais ne guérit pas cette maladie.

André Plichet.

J. Libman et **A. Douglas Bigland.** ***La protéose urinaire autogène dans l'asthme et dans d'autres maladies allergiques*** (*British medical journal*, n° 3966, 9 Janvier 1937, p. 62-65). — D'une série d'expérimentations cliniques portant sur l'asthme et sur l'urticaire, il résulte d'abord que la zone d'érythème, qui se voit au siège d'une injection intradermique de protéose urinaire, n'a rien de spécifique et ne signifie pas autre chose qu'une réaction locale toxique. Ensuite, les résultats obtenus dans l'asthme avec cette substance de Barber et Orel ne sont pas meilleurs que ceux obtenus avec la peptone. Aucune spécificité ne doit être attachée à cette substance qui est difficile à obtenir et qui ne présente aucun avantage sur la peptone au point de vue désensibilisation.

André Plichet.

J. E. G. Mc Gibbon et **E. T. Baker-Bates.** ***La bronchoscopie dans les hémoptysies sans manifestations physiques ou radiologiques*** (*British medical journal*, n° 3967, 16 Janvier 1937, p. 109-113). — Pour Jackson, tout malade atteint d'hémoptysie de nature indéterminée doit être soumis à une bronchoscopie.

La bronchoscopie est une méthode sans danger qui permet de bonne heure de poser le diagnostic de tumeur maligne des bronches et de pouvoir ainsi appliquer un traitement précoce.

La technique en est simple pour les médecins rompus à cet exercice. Les contre-indications de cet examen sont dictées par le bon sens : hémorragies abondantes, état précaire. Même chez les tuberculeux, la bronchoscopie peut se faire. Myerson a rapporté 60 cas où cette intervention fut faite sans dommage.

Dans 6 cas d'hémoptysies sans manifestations cliniques et radiologiques, grâce à la bronchoscopie G. et B. ont trouvé 3 cas de varices de la trachée et 3 cas de tumeurs malignes.

André Plichet.

J. W. Tudor Thomas. ***Les résultats de la transplantation de la cornée*** (*British medical journal*, n° 3967, 16 Janvier 1937, p. 114-117). — Pendant longtemps, on essayait en vain de faire prendre sur une cornée humaine une greffe empruntée à l'homme ou au lapin : le tissu transplanté devenait rapidement opaque.

Plusieurs ophtalmologistes sont maintenant en possession d'une technique qui leur permet d'assurer le succès de cette opération avec un pourcentage impressionnant.

C'est ainsi que Elschnig, de Prague, sur 174 opérations, obtient 46 pour 100 de succès, Filatow sur 96 opérations 43 pour 100 de succès, Castroviejo sur 32 opérations 81 pour 100 et Thomas sur 36 opérations 83 pour 100 de succès.

Dans le détail, il est difficile de comparer ces statistiques, étant donné que ces opérations se pratiquent sur des yeux atteints de lésions différentes et dans des conditions plus ou moins favorables. Mais il semble que maintenant cette opération ait cessé d'appartenir à l'expérimentation pour entrer dans la pratique ophtalmologique.

André Plichet.

T. Anwyl-Davis. ***Le traitement de la gonorrhée par un sérum spécifique*** (*British medical journal*, n° 3971, 13 Février 1937, p. 321-324). — Utilisant un sérum antitoxique et non pas antimicrobien comme celui de l'Institut Pasteur, préparé de la même façon que le sérum anti-méningococcique, A. a traité 157 malades, soit 42 cas aigus sans complications, 84 cas aigus avec complications et 31 cas chroniques avec complications. Les résultats sont encourageants et peuvent se résumer de la sorte : 49,6 pour 100 résultats excellents, 26,9 pour 100 résultats bons, 14,8 pour 100 résultats favorables, 5,9 pour 100 résultats franchement mauvais. Les rechutes ne furent que de 6,6 pour 100.

A. s'est servi de sérum non concentré et de sérum concentré. La dose maxima fut de 20 cmc avec le sérum non concentré, de 3 à 4 cmc avec le sérum concentré. Les injections se font intramusculaires, tous les jours à la dose de 1 à 2 cmc.

André Plichet.

R. D. Lawrence et **Nora Archer.** ***Le protaminate de zinc et d'insuline*** (*British medical journal*, n° 3974, 6 Mars 1937, p. 487-491). — En 1936, Hagedorn et ses collègues danois firent connaître le protaminate d'insuline. La protamine est une simple protéine provenant de la laitance de poisson. Elle forme avec l'insuline un composé qui est relativement insoluble dans le tissu sous-cutané, par conséquent moins vite absorbée que l'insuline ordinaire.

D. A. Scott (de Toronto), en 1935, a montré que l'insuline cristallisée était, à la vérité, un composé de zinc et d'insuline et que le protaminate d'insuline entièrement privé de traces de zinc n'avait pas une action plus prolongée que l'insuline ordinaire.

L'adjonction de traces de zinc au protaminate d'insuline et son ajustement au pH 7,2 rend cette préparation plus stable et prolonge son action.

La nature chimique exacte de cette combinaison : zinc, protamine, insuline, n'est pas connue, mais

elle est suffisamment stable pour rester en suspension en ampoule. La quantité de zinc est très petite, 1 milligr. pour 500 unités d'insuline.

L'insuline soluble commence à abaisser la glycémie 15 à 30 minutes après l'injection. Le protaminate d'insuline et de zinc montre peu d'effet avant la troisième heure.

L'action de l'insuline soluble dure rarement plus de 8 à 10 heures quelle que soit la dose injectée. Le protaminate d'insuline et de zinc continue son action pendant 24 heures même à doses modérées de 20 à 24 unités. A doses élevées, il continue à agir pendant plus longtemps. La chute de la glycémie est plus graduelle avec le protaminate de zinc et d'insuline qu'avec l'insuline ordinaire et les violentes oscillations de la glycémie chez les diabétiques graves que l'on a avec l'insuline soluble n'existent plus.

Mais le protaminate d'insuline et de zinc a quelques désavantages. Il n'est pas assez rapidement absorbé pour combattre l'élévation de la glycémie après les repas. De plus, son absorption n'est pas assez régulière. Il convient donc dans la plupart des cas d'associer l'insuline soluble à l'insuline insoluble, surtout au début de la cure.

La dose de base et la conduite du traitement sont variables avec chaque malade. Mais il semble bien que cette insuline insoluble constitue un progrès dans le traitement des diabétiques graves en n'exigeant dans la plupart des cas qu'une seule injection.

André Plichet.

F. Pygott. ***Deux cas de mort consécutive à la transfusion*** (*British medical journal*, n° 3974, 6 Mars 1937, p. 496-497). — P. rapporte les observations de deux hommes atteints d'anémie pernicieuse. Le premier mourut à la troisième transfusion. On avait eu soin de changer de donneur à chaque transfusion. A l'autopsie, on trouva des lésions de néphrite interstitielle et pas de lésions d'œdème aigu. Le deuxième mourut 4 heures après une première transfusion de 500 cmc. On trouva également des lésions de néphrite interstitielle.

Dans ces cas, il ne s'agissait pas seulement de donner du sang à un organisme sain comme c'est le cas pour les malades atteints d'hémorragies obstétricales, mais de lutter contre l'anémie pernicieuse où le système cardio-vasculaire est atteint et la toxémie élevée et ancienne.

En général, quand on a injecté 200 cmc de sang, il n'est pas rare que le malade ait une quinte de toux. Cette quinte, due sans doute à la distension de l'oreillette droite, disparaît rapidement après un arrêt d'une minute ou deux et la transfusion s'achève sans incident.

Pour prévenir les accidents mortels, il serait peut-être utile de retirer une quantité de sang égale à celle que l'on va injecter; si on ne peut le faire sans inconvénient pour le malade, injecter des petites quantités de sang à la fois.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

Brian O'Brien. ***Tests intradermiques pour la sensibilité à la coqueluche*** (*The Lancet*, n° 5916, 16 Janvier 1937, p. 131-132). — En Angleterre la coqueluche est responsable de 2.000 à 3.000 décès par an. Chaque année, à Londres seulement, on déclare 40.000 cas de coqueluche. On comprend l'intérêt que peut soulever la découverte d'un procédé permettant une prophylaxie effective.

371 sujets ont été examinés pour leur sensibilité à la coqueluche, par un test intradermique utilisant le vaccin de Sauer comme antigène, ce vaccin provenant du *Bacillus pertussis* de Bordet et Gengou.

Chez 90 pour 100 des sujets n'ayant jamais eu la coqueluche, le test a été négatif. Il a été positif chez 71 pour 100 des sujets ayant eu la coqueluche. Cette statistique et le fait que le test devient positif après une coqueluche permettent de dire que ce test est capable de déceler la sensibilité à cette maladie. André Plichet.

J. B. J. Paton. ***Le diagnostic de la coqueluche*** (*The Lancet*, n° 5916, 16 Janvier 1937, p. 132-135). — Pendant l'hiver 1934-1935, au cours d'une épidémie de coqueluche à Glasgow, P. a utilisé, pour le diagnostic de cette maladie, la réaction de fixation du complément en se servant comme antigène d'un vaccin de la firme Parke-Davis.

Cette réaction a été d'un grand secours pour le diagnostic et a permis de reconnaître des cas douteux dans les trois premières semaines de la maladie.

Chez les très jeunes enfants ce test est souvent négatif en raison du peu d'importance de la réaction des anticorps. Il peut être encore négatif quand la maladie est de courte durée ou dans le cas de complications graves.

Pour P. le test intradermique ne donne pas de résultats spécifiques. Un pourcentage important de sujets atteints de coqueluche donne des réactions positives mais également des sujets n'ayant jamais eu cette maladie ont une intradermo positive. Il n'y a aucune corrélation entre le test intradermique et la réaction de fixation du complément.

André Plichet.

Laurence O'Shaughnessy. ***Le traitement chirurgical de l'ischémie cardiaque*** (*The Lancet*, n° 5917, 23 Janvier 1937, p. 185-194). — On sait de quel pronostic est généralement l'infarctus du myocarde. Dans cet article O'S. décrit le traitement chirurgical de cette affection qu'il a mis au point.

L'ischémie cardiaque est produite par un rétrécissement des artères coronaires dû, soit à une thrombose compliquant l'athérome des coronaires, soit à une rigidité et à une étroitesse des coronaires sans grosse obstruction, soit à une aortite syphilitique qui obstrue l'orifice même des coronaires.

Dans tous ces cas, outre les symptômes fonctionnels, on a une courbe caractéristique de l'électrocardiogramme et à l'autopsie on trouve soit un infarctus récent du myocarde, soit des zones de nécrose ou de fibrose, suivant l'ancienneté de l'infarctus.

Si la mort ne survient pas immédiatement, le problème est d'assurer, par la suite, la circulation du myocarde. Or, la difficulté de ce problème ne réside pas dans le fait que les anastomoses artérielles sont incapables de se développer, mais dans celui que les besoins d'irrigation du myocarde sont considérables. Il existe des anastomoses entre la coronaire droite et la coronaire gauche et entre les branches de la même coronaire. Il existe également des anastomoses entre les coronaires et les vasa vasorum de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Les vaisseaux péricardiques en cas d'adhérences entre les deux feuillets du péricarde forment également une circulation collatérale, mais ces adhérences n'existent pas toujours.

En 1935, Bech et Tichy ont réalisé sur des animaux une circulation collatérale du myocarde en joignant les muscles de la paroi thoracique et l'épiploon au cœur préalablement privé de son épicarde. Les animaux ainsi préparés résistèrent à l'obstruction presque complète des deux coronaires.

O'S., après une longue expérimentation sur le chat et le chien a réalisé l'anastomose omento-cardiaque, à travers le diaphragme, chez 6 sujets atteints d'infarctus du myocarde. Le premier malade mourut, 8 jours après l'opération, d'une hémorragie produite par un vieil ulcère du duodénum.

Le quatrième malade, après une période de 3 mois sans crise d'angine de poitrine, mourut d'urémie; mais les autres malades quittèrent l'hôpital dans d'excellentes conditions.

Temporairement, on observe chez ces malades une paralysie diaphragmatique associée à un certain degré de collapsus du lobe inférieur du poumon gauche, mais au bout de 6 mois cette paralysie disparaît; jamais il ne fut observé de hernie diaphragmatique.

Cette cardio-omentopexie dont les résultats semblent meilleurs que ceux de l'opération préconisée par Bech, l'anastomose au myocarde du muscle petit pectoral, paraît devoir assurer la vascularisation supplémentaire du myocarde et empêcher le retour d'un nouvel infarctus. André Plichet.

R. A. Mc Cance et **E. Watchhorn.** ***La tétanie par hyperpnée : variations du calcium*** (*The Lancet*, n° 5917, 23 Janvier 1937, p. 200-201). — L'hyperpnée volontaire, suffisante pour déclancher une crise de tétanie sévère, produit une élévation du calcium du sang, une petite élévation du calcium ultra-filtrable, mais n'apporte aucun changement dans le calcium et le phosphore du liquide céphalo-rachidien. Ces résultats ne confirment pas ceux de Barnes et Greaves qui avaient trouvé au cours de la tétanie une chute du calcium dans le liquide céphalo-rachidien.

L'aptitude à la tétanie varie avec chaque sujet. Une sensibilité particulière au déclenchement de cet état par l'hyperpnée volontaire est compatible avec une vie parfaitement normale et n'a aucune signification pathologique. André Plichet.

J. N. Cumings et **E. A. Carmichael.** ***Le liquide céphalo-rachidien dans la tétanie*** (*The Lancet*, n° 5917, 23 Janvier 1937, p. 201-202). — En 1931 Barnes et Greaves, envisageant le rôle du calcium dans la tétanie, ont montré que ces variations étaient associées à l'alcalose qui amenait une diminution de la calcémie avec chute secondaire du calcium dans le liquide céphalo-rachidien.

Chez deux malades, C. et C. ont prélevé au cours d'une crise de tétanie par hyperpnée volontaire du sang et du liquide céphalo-rachidien, avant, pendant, et après l'épreuve.

Dans les deux cas, ils ont trouvé une légère diminution de la calcémie et une diminution très légère du calcium dans le liquide céphalo-rachidien, diminution dans les limites de l'erreur expérimentale.

Ces différences de résultats avec les expériences de Barnes et de Greaves sont probablement dues à une technique différente.

André Plichet.

Lucy Wills, P. W. Clutter Buck et **Barbara Evans.** ***Un nouveau facteur dans la production et la guérison de certaines anémies macrocytiques*** (*The Lancet*, n° 5919, 5 Février 1937, p. 311-314). — On sait maintenant que les préparations à point de départ de la levure autolysée ont une action curatrice sur les anémies tropicales et sur les autres anémies macrocytiques dans lesquelles il n'y a pas d'altération du suc gastrique. De plus ces extraits après incubation avec le suc gastrique normal ont une activité hématopoïétique dans l'anémie pernicieuse. On sait également que le foie contient un principe hématopoïétique qui a été isolé sous le nom d'anahaemine par Dakin et West en 1935-1936 et qui n'a aucune similitude chimique avec le principe isolé par Cohn, Mc Meekin et Minot en 1930.

W., C. et E. ont isolé deux facteurs de l'extrait de foie « Campolon », l'un soluble et l'autre insoluble dans le sulfate d'ammonium saturé.

Donné par voie parentérale, le facteur soluble guérit l'anémie macrocytique par carence alimentaire des singes. Le facteur insoluble identique à l'anahaemine est sans action sur l'anémie, comme le sont d'ailleurs les préparations commerciales d'anahaemine, mais, par contre, guérit l'anémie pernicieuse.

De la levure, ils ont tiré également ces deux fac-

teurs soluble et insoluble, le facteur soluble agissant dans l'anémie macrocytique.

Ce nouveau facteur semble devoir être rapproché de la vitamine B_6 qui vient de la vitamine B_2 par fractionnement et, en cela, il se rapprocherait davantage du principe isolé par Cohn, Mc Meekin et Minot que de l'anahaemine ou haemopoïétine.

André Plichet.

D. W. C. Northfield et **Dorothy Russell.** ***La destinée du bioxyde de Thorium (Thorotrast) dans l'artériographie cérébrale*** (*The Lancet*, n° 5920, 13 Février 1937, p. 377-381). — N. et R. présentent 4 observations dans lesquelles les examens radiologiques montrèrent une rétention du thorotrast après artériographies dans la lumière ou les cloisons des vaisseaux cérébraux et dans les macrophages périvasculaires.

Une semblable rétention semble devoir exister dans le voisinage des lésions cérébrales par compression telle qu'un méningiome, une grande hémorragie ou un abcès chronique.

L'aggravation des symptômes dans un ou deux cas et le retard de guérison dans un cas pourraient être attribués à cette occlusion des vaisseaux par le thorotrast.

N. et R. mettent en garde contre le thorotrast qui n'est à recommander que lorsque le diagnostic ne peut être fait sans lui.

André Plichet.

LA CLINICA (Bologne)

L. Docimo. ***Etudes cliniques et expérimentales sur la contracture de la paroi abdominale*** (*La Clinica*, t. 2, n° 1, Janvier 1936, p. 63-80). — Après un rappel de la valeur séméiologique de la contracture abdominale, D. expose le résultat de recherches expérimentales faites sur le chien; critiquant les appareils enregistreurs de Guébal et de Luciani, il a utilisé un appareil dérivé de celui de Krauss et indiquant la pression nécessaire pour réaliser une dépression déterminée de la paroi. La ponction simple de la paroi (péritoine inclus), l'introduction de solution physiologique ne déterminent aucune contracture. L'introduction d'une solution d'HCl à 3 pour 1000 provoque de la douleur et une contracture immédiate qui persiste pendant quelques heures; l'introduction d'une solution alcaline provoque une douleur plus vive et une contracture qui dure 12 heures environ; l'introduction de suc gastrique de chien provoque une douleur semblable à celle que détermine l'acide chlorhydrique et une contracture qui persiste pendant plus de 8 heures. La perforation mécanique de l'estomac par voie trans-œsophagienne provoque une vive douleur et une contracture qui sont dues à l'action mécanique car elles se produisent chez l'animal complètement à jeun depuis la veille, n'ayant donc probablement pas de liquide dans l'estomac; l'hyperesthésie de la paroi est intense et la contracture persiste plus de 17 heures. Après une injection de solution acide ou alcaline il se produit un épanchement intrapéritonéal qui a plus les caractères d'un transsudat que d'un exsudat, dont la réaction est la même que celle de la solution et qui est plus abondant avec l'injection acide qu'avec l'injection alcaline.

Lucien Rouquès.

G. Guerreri d'Antona. ***Un autre cas d'endartérite juvénile traité par surrénalectomie*** (*La Clinica*, t. 2, n° 5, Août 1936, p. 337-341). — Un homme de 29 ans présente depuis deux années une ulcération torpide du gros orteil gauche, de la claudication intermittente et des douleurs violentes. Après une amélioration par l'acétylcholine, il entre à l'hôpital où les douleurs nécessitent l'emploi de la morphine. On pratique une surrénalectomie gauche et dès que le malade est sorti de la narcose, il constate que les douleurs ont disparu et que son pied auparavant froid est nettement réchauffé ; l'indice oscillométrique devient rapidement plus ample (du côté opposé, dont le malade ne souffrait pas, il y avait une légère hypothermie et une certaine diminution de l'indice oscillométrique qui ont été également influencées par l'intervention); l'ulcération du gros orteil se déterge, ses bords deviennent rouges, mais la réparation reste extrêmement lente; au bout de deux mois, pour activer cette réparation, on pratique une sympathectomie péritonéale gauche dont les résultats sont nuls; au troisième mois, les douleurs reparaissent, le pied se refroidit, l'indice oscillométrique diminue et on pense que l'amputation va devenir nécessaire; mais peu à peu, une nouvelle amélioration survient spontanément et le malade quitte l'hôpital 4 mois après l'opération; revu un mois plus tard, il ne souffre pas, peut parcourir plusieurs fois par jour quelques centaines de mètres mais l'ulcération n'est pas encore cicatrisée. L'avenir de ce malade reste réservé, mais G., chez deux autres malades, a obtenu par la surrénalectomie des guérisons qui se maintiennent depuis 3 et 2 ans. Les heureux résultats de la surrénalectomie paraissent fonction de la précocité de l'intervention.

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [Sezione pratica] (Rome)

D. Longo. ***Sur la spécificité de l'épreuve biologique avec le sérum sanguin pour le diagnostic du botulisme*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. 43, n° 30, 27 Juillet 1936, p. 1355-1362). — Kob a proposé une méthode de diagnostic biologique du botulisme qui a été surtout étudiée dans les pays de langue allemande; on injecte sous la peau ou le péritoine de cobayes 2 cmc de sérum du malade; les animaux présentent une paralysie des extrémités, de la vessie et du rectum, un relâchement des muscles abdominaux, de l'hypothermie et meurent en 1 à 4 jours; la positivité de l'épreuve se juge sur cette seule évolution et on ne pratique pas de recherches bactériologiques ou histopathologiques sur les animaux. L'épreuve serait positive au début de l'affection et pendant quelques jours; comme ses résultats sont assez tardifs, elle a peu d'intérêt pour décider du traitement sérothérapique et ne peut qu'en apporter rétrospectivement la justification; elle est surtout utile quand manque la notion épidémique, quand on n'a pas à sa disposition les restes des aliments nocifs (avec lesquels on peut faire une recherche bactériologique et des inoculations) ou le produit du tubage gastrique du malade.

Une observation de L. met en question la spécificité de cette épreuve ; un homme présente après ingestion de conserves une affection ressemblant au botulisme, diagnostic paraissant confirmé par une épreuve au sérum positive; mais on observe des séquelles éloignées oculaires et psychiques, alors qu'aucune observation de botulisme ne fait mention de séquelles, si bien que le diagnostic d'encéphalite devient le plus probable. Dans trois cas d'encéphalite aiguë au début (dont une léthargique), L. a constaté que l'épreuve au sérum était négative, mais on ne peut pas exclure *a priori* la possibilité de la réalisation chez l'animal d'un tableau semblable à celui du botulisme expérimental par certains virus neurotropes.

Lucien Rouquès.

G. Cardi. ***Valeur thérapeutique des infiltrations périarticulaires de novocaïne suivant la technique de Leriche dans les entorses et les arthrites traumatiques*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. 43, n° 32, 10 Août 1936, p. 1442-1445). — D'après 10 observations personnelles, C. confirme la valeur de la méthode de Leriche pour le traitement des entorses et des arthrites traumatiques. Dans les entorses récentes et légères, la méthode est toujours applicable et peut donner des résultats miraculeux. Dans les entorses graves mais sans lésions osseuses, l'injection peut, comme Leriche l'a montré, avoir des inconvénients et favoriser la rupture de ligaments dilacérés; aussi et surtout lorsqu'il y a un épanchement abondant, faut-il ponctionner d'abord l'épanchement, puis faire l'infiltration en immobilisant l'articulation en position moyenne. Dans les entorses anciennes, la méthode de Leriche peut être envisagée sans inconvénients et est utile non seulement pour le traitement mais aussi pour le diagnostic; dans un cas d'entorse ancienne du genou, C. a pu rectifier un diagnostic erroné de méniscite chronique par l'infiltration novocaïnique qui a guéri rapidement et complètement le malade.

Lucien Rouquès.

F. Siacca. ***Chlorure de sodium et glycémie*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. 43, n° 43, 26 Octobre 1936, p. 1914-1922). — S. a constaté fortuitement il y a quelques années que les injections hypertoniques de NaCl provoquaient de l'hypoglycémie; ce fait avait déjà été signalé par Glass et Beiless et a été confirmé par Mac Lean. Etudiant à nouveau 15 malades, diabétiques ou normaux, S. a pu constater qu'après l'injection intraveineuse de 20 cmc de NaCl à 20 pour 100, la baisse de la glycémie était constante; elle n'est pas due à une hydrémie réactionnelle car elle est constatable pendant 2 ou 3 heures après l'injection.

Comment le chlorure de sodium agit-il? On peut supposer que son injection provoque l'acidose, que celle-ci augmente les processus oxydatifs des tissus ; plus ces processus seraient augmentés, moins il passerait de sucre dans le sang. S. n'a pas encore pratiqué dans l'air inspiré et expiré les dosages d'O et de CO^2 qui pourraient infirmer ou confirmer l'hypothèse; la recherche du métabolisme basal avant et après l'injection lui a donné des résultats trop contradictoires pour être retenus. Le NaCl a-t-il une action sur les diastases sanguines dont on sait qu'elles ne peuvent agir en son absence? Est-ce un processus de défense que l'organisme oppose à l'hyperconcentration en faisant passer du sang vers les tissus non seulement le sel en excès, mais aussi une partie du glucose? Est-ce une action du sel sur la fonction glycogénique du foie, sur les glandes à sécrétion interne? La question reste entière et tout ce qu'on peut dire, c'est que l'hypoglycémie ne dépend pas d'une élimination du glucose par les reins.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA (Florence)

G. Dogliotti. ***La maigreur hypophysaire juvénile (Hypophysäre Magersucht de von Bergmann)*** [*Rivista de Clinica Medica*, t. 37, n°s 9-10, 15-30 Mai 1936, p. 302-328]. — D. rapporte 4 cas de cette affection décrite par von Bergmann, ce qui porte à 40 environ le nombre des cas décrits, rareté qui n'est qu'apparente. L'affection touche presque toujours des femmes, exceptionnellement des hommes; elle débute dans la période post-pubertaire, plus rarement après un accouchement. Progressivement, apparaît un amaigrissement sans cause de tout le corps, peut-être plus accentué sur le tronc que sur les membres; l'aménorrhée (l'impuissance chez l'homme) constitue le deuxième signe fondamental; à une phase avancée, les organes génitaux internes s'atrophient. Rapidement, l'asthénie devient importante mais sans la dépression et l'obnubilation intellectuelles de la maladie de Simmonds; il n'y a pas non plus comme dans cette maladie des signes de vieillesse précoce: chute des cheveux, des poils et des dents, atrophie des maxillaires, rides et sécheresse de la peau. Le métabolisme basal est abaissé; l'anémie, normo ou hy-

perchrome, est tardive et peu importante; la tolérance pour les hydrates de carbone est augmentée; il n'est pas rare d'observer une certaine diminution des dimensions de la selle turcique.

L'affection est chronique; l'amaigrissement est plus ou moins accusé mais il est rare qu'un véritable état cachectique se constitue. Avec les années, une guérison spontanée ou au moins une certaine amélioration peuvent survenir; l'opothérapie hypophysaire poursuivie longtemps avec des extraits actifs donne presque toujours une amélioration nette ou une guérison définitive. La maladie dépend d'une insuffisance hypophysaire fonctionnelle, probablement sur un terrain constitutionnellement préparé; il n'est pas impossible que le diencéphale puisse être exceptionnellement le point de départ du syndrome.

Lucien Rouquès.

F. d'Arbella et **C. Pegoraro.** ***Leucémie éosinophile?*** (*Rivista di clinica medica*, t. **37**, nos 11-12, 15-30 Juin 1936, p. 376-390). — Un homme de 36 ans commence 10 ans avant son entrée à l'hôpital à présenter des œdèmes fugaces de la face; un an plus tard, on lui trouve une grosse rate; puis surviennent des coliques néphrétiques avec émission de calculs; on fait ensuite à plusieurs reprises quelques séances de radiothérapie mais le traitement n'est jamais conduit méthodiquement; au bout de 4 ans, un examen montre 4.700.000 globules rouges et 16.200 globules blancs avec une légère polynucléose neutrophile, sans éosinophilie, sans formes anormales; l'année suivante, les leucocytes varient entre 61.400 et 41.000 avec pour 100: 73 polynucléaires neutrophiles, 2 myéloblastes, 1 promyélocyte et 1 myélocyte neutrophiles, 14 polynucléaires éosinophiles, 3 petits, 2 moyens et 1 grand lymphocytes, 2 grands mononucléaires, 1 forme de passage; très rares hématies nucléées. A son entrée à l'hôpital, on trouve de l'œdème des membres inférieurs, une rate qui dépasse en bas de 2 travers de doigt la ligne ombilicale, un foie qui déborde de 5 travers de doigt, quelques petits ganglions inguinaux, un épanchement pleural bilatéral légèrement hémorragique; un des examens de sang donne les résultats suivants: GR: 3.090.000, H: 48 pour 100, GB: 7.400, dont pour 100, 38 polynucléaires neutrophiles, 30 éosinophiles, 1 basophile, 6 métamyélocytes et 5 myélocytes éosinophiles, 2 grands, 7 moyens et 7 petits lymphocytes, 4 monocytes; pas d'hématies nucléées. Deux mois plus tard, le malade meurt de bronchopneumonie; au niveau de la rate, existe une transformation myéloïde diffuse de la pulpe, partielle au niveau des follicules, avec présence de cellules immatures; au niveau du foie, il y a une métaplasie myéloïde diffuse et en foyers; au niveau des ganglions une transformation myéloïde de tout l'appareil réticulo-endothélial; au niveau des reins, une légère métaplasie myéloïde à prédominance éosinophile; au niveau de la moelle osseuse, une énorme quantité d'éléments myéloblastiques du type éosinophile.

A. et P. pensent qu'il s'est agi de la transformation d'une myélose hyperplastique granulocytique chronique en une forme à prédominance éosinophilique. Cette observation paraît confirmer la possibilité de l'existence d'une véritable leucémie éosinophile.

Lucien Rouquès.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

F. Wyss-Chodat. ***Les progrès de la thérapeutique par les ferments lactiques*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 8, p. 161-163). — W.-C. rappelle que les caractères morphologiques étant insuffisants pour définir les diverses espèces de bactéries lactiques, on s'adresse pour cela aux caractères de la fermentation provoquée par ces microorganismes. Le classement actuellement adopté est dû, en grande partie, aux recherches de Orla-Jensen. On distingue ainsi les vrais lactiques des pseudo-lactiques. Les premiers se différencient des seconds en ce qu'ils ne réduisent pas les nitrates en nitrites, ont besoin pour se développer d'un azote protidique et enfin manquent de catalase, mais sont riches d'un pigment respiratoire fort important, le ferment jaune. Parmi les pseudo-lactiques figurent le Bacillus acidophilus, appelé aujourd'hui Microbacterium lacticum. Les Tetracoccus qui coagulent le lait et certains microcoques, origine des aromes du beurre et des fromages, figurent également dans ce groupe.

Les vrais lactiques se distinguent en deux groupes, les homofermentatifs où figure entre autres le Thermobacterium acidophilus Henneberg et les hétérofermentatifs: Bacterium bifidum (ancien Bacillus bifidus de Tissier), βetabacterium, Betacoccus, etc...

Les recherches poursuivies ont établi que les bacilles lactiques les plus actifs sont, si on adopte la classification de Orla-Jensen, le Thermobacterium, et plus spécialement le Thermobacterium acidophilus d'origine humaine, isolé des selles de nourrissons sains âgés de quelques mois, et donnant lieu, par fermentation, presque exclusivement à de l'acide lactique et pas à des produits gazeux. La production d'acide de l'intestin a de l'importance, parce que les vitamines hydrosolubles sont sensibles à l'alcalinité. Un contenu intestinal légèrement acidifié facilite la pullulation d'une flore plus exigeante capable de nuire au développement des germes pathogènes ou, au contraire, de favoriser celui des ferments lactiques existant normalement dans l'intestin. Un régime de substances fraîches et vitaminogènes agit dans le même sens.

P.-E. Morhardt.

D. Sucic et **A. Hahn.** ***L'influence de l'acidité gastrique sur la glycémie alimentaire*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 9, 27 Février 1937, p. 187-188). — Les examens de S. et H. ont porté sur 27 malades dont 7 présentant de l'hyperchlorhydrie, 9 de l'acidité normale, 6 de l'hypochlorhydrie et 5 de l'anachlorhydrie. On a déterminé d'abord le taux de l'acidité gastrique à l'aide du repas d'épreuve de Boas. Puis, quelques jours plus tard, on a fait prendre 100 gr. de glucose dilués dans 300 cmc d'eau. On a ensuite déterminé le taux de la glycémie. Une nouvelle expérience fut faite ultérieurement, en introduisant le glucose non plus dans l'estomac, mais dans le duodénum par la sonde duodénale. Les graphiques ainsi obtenus ont montré que chez les hypochlorhydriques et les anachlorhydriques, les deux courbes de glycémie obtenues, gastrique et duodénale, ne diffèrent pas sensiblement. Par contre, chez ces sujets, la glycémie atteint environ 170 milligr. pour 100 gr. au maximum, alors que chez les sujets à acidité normale ou exagérée, la glycémie ne dépasse pas 140 milligr.

Par ailleurs, à l'inverse de ce qui est constaté chez les sujets à acidité diminuée ou nulle, on trouve, en cas d'acidité normale ou exagérée, que l'introduction de sucre par sonde duodénale provoque une glycémie sensiblement plus élevée que l'administration par voie gastrique. L'administration duodénale a donc, chez ces sujets, la même action que l'administration gastrique chez les sujets à acidité diminuée. Il semble donc établi par ces séries d'expériences, que les variations des courbes de la glycémie provoquée dépendent de la manière dont l'estomac s'évacue et constituent ainsi une sorte de fonction de l'acidité gastrique.

P.-E. Morhardt.

F. Wyss-Chodat. ***Les progrès de la thérapeutique par les ferments lactiques*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 9, 27 Février 1937, p. 189-190). — Au cours de ses recherches cliniques sur les ferments lactiques, W.-C. s'est servi d'une préparation concentrée de Thermobacterium acidophilus II en culture pure. Les résultats les plus nets ont été obtenus dans la constipation chronique. Cette culture pure régularise peu à peu les selles et finit par créer un état à peu près normal.

Chez un malade de 35 ans, atteint de gastrite et d'entérocolite muco-membraneuse, l'administration de culture pure a eu des effets rapides sur la digestion intestinale en faisant disparaître notamment la fermentation fétide, mais sans cependant agir sur le trouble gastrique.

La fétidité des selles a été très favorablement influencée par ce traitement.

Une douzaine de patients atteints de colite aiguë ou plus ou moins chronique ont présenté une amélioration également nette qui s'est manifestée objectivement par la disparition, tant du sang dans les selles que des poussées de température et des diarrhées même dans les formes tout à fait chroniques. Les migraines ont été également bien influencées.

Chez les malades chroniques qui ne suivent pas très régulièrement le traitement et le régime prescrit, et qui peuvent présenter des séquelles d'origine cicatricielles, les résultats ont été satisfaisants dans la moitié des cas.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Darier. ***Ulcères trophiques de la bouche et des fosses nasales*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. **8**, n° 2, Février 1937, p. 97-139). — Dans cet important travail, D. étudie 2 cas d'ulcères du territoire buccal et nasal nés sous l'influence de troubles nerveux tabétiques (mal perforant buccal) ; il en rapproche un autre cas d'ulcère observé chez une femme de 74 ans, chez laquelle le trouble d'innervation de la bouche était dû à une section chirurgicale rétro-gassérienne.

Dans les 2 premiers cas, la perte de substance est apparue spontanément, avec absence totale de toute réaction inflammatoire, bien qu'existant en milieu normalement septique ; il y a absence d'irritabilité vitale.

Dans le 3e cas, l'ulcération d'un rebord alvéolaire s'est produite sous l'effet de traumatismes répétés (pièces prothétiques dentaires) ; la structure histologique est toute différente de celle du mal perforant tabétique ; il y a réaction inflammatoire et tendance à la réparation ; celle-ci existe, mais sans pouvoir aboutir à une cicatrisation.

Cet aspect diffère donc nettement des maux perforants tabétiques où l'on constate une perte totale du trophisme vital (abiotrophie).

D. passe ensuite en revue les travaux récents sur le trophisme et les nerfs trophiques. Les nerfs qui exercent sur les tissus une action trophique appartiennent surtout aux nerfs du système végétatif ou sympathique. L'influence nerveuse paraît s'exercer par l'intermédiaire de substances chimiques de l'ordre des hormones.

Toutes ces données sont encore bien vagues et apportent peu de clartés pour expliquer la pathogénie des ulcères trophiques de la bouche et des fosses nasales.

R. Burnier.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Froment, P. Bonnet et **A. Colrat.** ***Hérédo-dégénérations rétinienne et spino-cérébelleuse. Variantes ophtalmoscopiques et neurologiques présentées par trois générations successives*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **18**, n° 413, 20 Mars 1937, p. 153-163). — Une femme de 47 ans a présenté, à partir de l'âge de 37 ans, une paraplégie familiale, avec symptômes cérébelleux discrets, type sclérose en plaques, et en même temps une dégénérescence pigmentaire de la rétine périphérique et centrale.

11 frères ou sœurs de cette femme sont morts en bas âge, le 12e a succombé à 28 ans, aveugle et paralysé, après être resté 2 ans dans cet état.

Sa fille, âgée de 21 ans, a vu apparaître à partir de l'âge de 15 ans une paralysie familiale avec signes cérébelleux, type sclérose en plaque, nettement plus accusés. Elle présente une dégénérescence maculaire de la rétine bilatérale, avec pigmentation périphérique discrète.

Le petit-fils enfin, âgé de 5 ans, présente un type intermédiaire entre l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la maladie de Friedreich, avec troubles de la marche débutant à 5 ans et dégénérescence pigmentaire, maculaire et circumpapillaire de la rétine avec atrophie très accusée.

Dans cette maladie familiale, rien ne permet d'incriminer la syphilis et on ne retrouve aucun mariage consanguin.

La variété d'aspect morphologique de cette paralysie familiale, son accentuation progressive de génération en génération quant à son intensité et à sa précocité, les formes disparates de dégénérescence pigmentaire de la rétine constituant des formes de passage entre les types ophtalmoscopiques classiques montrent que le cadre classique des dégénérescences de la rétine est trop étroit. A mesure que s'affirme la parenté d'atrophies rétiniennes d'aspect ophtalmologique très dissemblable et que s'avère mieux la liaison de ces lésions rétiniennes à des processus dégénératifs polymorphes du système nerveux, un réajustement s'impose. Ce que l'on avait d'abord tenu pour une entité clinique n'est plus qu'une variante morphologique.

Robert Clément.

P. Bonnet et **G. Bonnamour.** ***Les hémorragies récidivantes périodiques du vitré dans l'hypertension artérielle, à l'époque de la ménopause*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **18**, n° 413, 20 Mars 1937, p. 179-187). — Trois observations montrent que chez les femmes, depuis longtemps hypertendues, des hémorragies inondent le vitré, périodiquement au moment des règles, au voisinage de la ménopause. Elles peuvent se produire aussi une fois la ménopause installée, pendant des années, avec le même caractère périodique. Elles atteignent alternativement ou successivement les deux yeux, elles laissent après elles un trouble visuel parfois considérable.

Anatomiquement, ces hémorragies correspondent à des altérations vasculaires du type « artério-sclérose rétinienne ». L'examen ophtalmoscopique, pratiqué dans l'intervalle des hémorragies, permet de constater le reliquat de thromboses veineuses des branches périphériques, des lésions de périphlébite et l'organisation conjonctive de la rétine au voisinage des lésions vasculaires sous forme de rétinite proliférante. L'organisation du vitré paraît être l'aboutissement ultime des hémorragies répétées.

Par leur caractère périodique, leur apparition au moment des règles, à l'époque de la ménopause, ces hémorragies du vitré paraissent être, au même titre que les hémorragies récidivantes des adolescents, le témoignage d'un trouble endocrinien. Mais, d'autre part, elles sont, sans aucun doute, liées à l'hypertension artérielle. Elles ne correspondent pas au type « hypertension de la ménopause » et sont plutôt une complication évolutive d'une hypertension élevée, depuis longtemps installée, destinée à évoluer progressivement vers la sclérose vasculaire de plus en plus marquée.

L'apparition de ces accidents laisse prévoir une longue suite d'hémorragies successives aboutissant souvent à la perte de la vision par organisation du vitré.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Kohlschutter et **Minnuy.** ***Un cas de mort tardive après morsure de la vipère sud-américaine « Lachesis alternatus »*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 50, 11 Décembre 1936, p. 2043-2047). — Après description de la vipère « Lachesis alternatus » d'Amérique et exposé des propriétés chimiques et biologiques de son poison, K. et M. indiquent brièvement les principales formes cliniques habituelles des réactions consécutives aux morsures de serpents. Selon la prédominance des toxines composant leurs poisons ils entraînent des accidents revêtant 3 types : élapiné, crotalique ou botropique.

Le poison de la vipère envisagée dans cet article agit surtout en déterminant des hémorragies et des thromboses.

Après morsure il se développe localement une thrombose accentuée qui diffuse assez rapidement, provoquant des nécroses hémorragiques. Du caillot local exsude l'hémorragine qui altère les parois des capillaires de voisinage et provoque une issue continue de sang non coagulable au niveau de la blessure.

Cliniquement on observe une douleur extraordinairement intense, rapidement insupportable. L'œdème local immédiat augmente rapidement et s'étend en quelques heures, en même temps qu'apparaît autour de la morsure une coloration bleuâtre qui gagne peu à peu en étendue. Par la blessure on voit sourdre continuellement du sang de couleur foncée.

Après quelques heures apparaissent les signes généraux : affaiblissement, somnolence, hypothermie progressive et vomissements répétés. La paralysie vaso-motrice survient après 2 ou 3 jours, entraînant une dépression circulatoire et cardiaque grave qui amène rapidement la mort dans un tableau de collapsus cardiaque avec suffusions hémorragiques diffuses. Dans les cas plus légers, les signes sont moins accentués et peuvent régresser sous l'influence des injections de sérum spécifique.

L'observation de K. et M. concerne un gardien mordu par la vipère, au niveau du dos de la main. La plaie fut de suite débridée et pressée, le bras lié, et le blessé amené à l'hôpital où une injection de sérum antivenimeux fut pratiquée.

Malgré ces précautions, le poison pénétra dans la circulation et provoqua des hémorragies capillaires entraînant une anémie post-hémorragique. La mort survint au 8e jour par hémorragie cérébrale. Les lésions nécropsiques étaient celles, caractéristiques, de la toxine de vipère Lachesis : lésions capillaires provoquées par l'hémorragine, anémie post-hémorragique par saignement continu des capillaires lésés, nécrose locale aseptique due à la thrombose.

Un fait est particulier à cette observation et exceptionnel, c'est la mort tardive au 8e jour, alors que tous les auteurs relatent la mort au 3e jour au plus tard.

Ce cas démontre que des réserves de pronostic doivent être maintenues même lorsque la survie se prolonge une semaine.

G. Dreyfus-Sée.

G. Sack. ***Contribution à l'étude de l'intoxication par le véronal*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **62**, n° 51, 18 Décembre 1936, p. 2082-2084). — Il importe de distinguer parmi les intoxications véronaliques des formes simples, légères, et des formes graves. Parmi ces dernières S. comprend tous les cas dans lesquels le réveil ne peut être obtenu par l'emploi des stimulants habituels, même à fortes doses, et chez qui une anurie s'installe fréquemment dès le 3e jour.

Ces malades sont encore à cette période justiciables d'un traitement de désintoxication tendant à diluer le véronal et à en favoriser l'élimination au moyen d'injections sous-cutanées sub-continues de quelques litres de solution de Ringer.

G. Dreyfus-Sée.

H. Steffen. ***Traitement des hypertendus par le régime déchloruré*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 3, 15 Janvier 1937, p. 90-91). — Des cures d'essais de courte durée ont montré que la suppression de l'apport chloruré alimentaire provoque dans près de 2/3 des cas une chute tensionnelle notable (50 à 80 mm. Hg.) chez des malades à hypertension non encore fixée. En même temps on note chez eux une amélioration des symptômes objectifs et subjectifs.

Le régime bien préparé fut très bien toléré et put même être poursuivi assez longtemps chez quelques sujets. Après réintroduction du sel dans l'alimentation, une réaction tensionnelle immédiate et intense fut observée même pour de petites quantités de sel. Quoique la faible durée des cures diététiques ne permette pas d'affirmer que le régime déchloruré puisse avoir une action durable sur la tension, S. croit cependant trouver dans le résultat de ses expériences un fait qui confirme la nécessité d'un régime très surveillé chez les hypertendus.

Les quelques observations sur lesquelles sont basées ces conclusions relatent brièvement les examens pratiqués chez ces malades. Notons, cependant, que nul renseignement n'est donné sur le fonctionnement rénal de ces sujets, sur leur urée sanguine, ni sur leur constante d'Ambard, alors que plusieurs d'entre eux présentaient de l'albuminurie et des œdèmes. S. ne fait pas allusion aux travaux des écoles françaises, et, en particulier, de Widal, sur les relations entre l'hypertension et le fonctionnement rénal.

G. Dreyfus-Sée.

L. Tirala. ***L'action de la respiration profonde sur la pression artérielle*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 3, 15 Janvier 1937, p. 92-94). — T. traite les hypertendus par une gymnastique respiratoire spéciale destinée à obtenir une respiration profonde. Il veille également à ce que ses malades ne présentent aucune constipation et suivent un régime spécial.

Trois ou quatre fois par jour avant les repas, pendant 6 à 8 minutes ils doivent effectuer des exercices respiratoires appropriés. Dans l'intervalle de ces exercices on constate que les malades bien entraînés conservent l'habitude d'une respiration plus profonde qu'auparavant.

Sans vouloir entrer dans le domaine pathogénique, T. insiste sur la valeur curative de sa méthode, qui lui paraît présenter une valeur telle, qu'il met en doute le diagnostic d'hypertension essentielle chez les sujets chez lesquels elle n'amène pas d'amélioration.

G. Dreyfus-Sée.

W. Brühl. ***Recherches gastroscopiques sur l'action d'excitations thermiques cutanées*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 4, 22 Janvier 1937, p. 129-131). — A l'aide de vérifications gastroscopiques, il a été possible dans 10 cas de vérifier l'action sur la muqueuse gastrique d'applications froides et chaudes cutanées épigastriques. Les applications chaudes ont provoqué dans tous les cas une augmentation de péristaltisme et 8 fois une rougeur nette de la muqueuse.

La vessie de glace a déterminé une réaction inverse.

G. Dreyfus-Sée.

W. Markoff. ***Administration de vitamines C chez les typhiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 4, 22 Janvier 1937, p. 131-133). — Au cours de la dothiénentérie, il est possible de mettre en évidence dans les formes graves un déficit de la vitamine C léger ou moyennement accentué. L'importance de cette carence vérifiée par la réintroduction systématique et progressive de la vitamine dans l'organisme varie de 800 à 2.100 milligr. pour 100. Pour éviter ce déficit, 300 milligr. d'acide ascorbique au minimum doivent être administrés quotidiennement par voie parentérale.

Il semble s'agir chez ces malades de troubles de la résorption, car seule l'administration parentérale de la vitamine a pu provoquer une augmentation du chiffre des réticulocytes. L'insuffisance surrénale paraît jouer un rôle dans ce trouble, car les cas sans créatinurie ne comportaient pas de symptômes de carence.

La valeur thérapeutique de la vitamine C chez les typhiques est difficile à juger: il se produit sous son influence une stimulation générale de l'organisme, mais la vitamine C ne paraît avoir aucune action sur la défervescence thermique à l'inverse de ce qui se passe dans d'autres infections (pneumonie, tuberculose pulmonaire).

G. Dreyfus-Sée.

Brentano et Keiser. ***Le jeûne, cause du coma diabétique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 6, 5 Février 1937, p. 213-218). Les observations de B. et K. les ont amenés à considérer que la sous-alimentation et le jeûne sont le plus souvent à l'origine du coma chez les diabétiques.

En particulier, l'insuffisance de la ration hydrocarbonée a paru responsable des accidents dans la plupart des cas observés. Le coma apparaît en quelque sorte comme une mort cellulaire causée par la carence qui succède à l'absence d'utilisation des hydrates de carbones par les tissus; ces phénomènes paraissent favorisés par l'administration insuffisante d'hydrates de carbone.

De même les facteurs infectieux, toxiques, les anesthésiques, la grossesse ont une action aggravante sur le diabète parce qu'ils provoquent une destruction de glycogène extra-insulaire et surtout parce qu'ils inhibent la formation glycogénique et gênent l'utilisation des hydrates de carbones. Il en résulte des phénomènes de carence cellulaire hydrocarbonée qui seraient à l'origine du coma.

G. Dreyfus-Sée.

E. Schonbrunner. ***Un cas de polymyosite guéri par la vitamine B*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 7, 12 Février 1937, p. 257-259). — La polymyosite, maladie rare, a été l'objet de nombreux travaux, car son aspect clinique paraît extrêmement polymorphe. On décrit des formes hémorragiques, cutanées, nerveuses, des formes aiguës, rapidement mortelles, chroniques, lentes, etc.

Le cas observé par S. concernait un malade de 26 ans atteint de myosite à forme hémorragique durant depuis 6 semaines, chez lequel les thérapeutiques habituelles ayant échoué, on institua un traitement par ondes courtes qui parut calmer les phénomènes douloureux et fonctionnels. Après une rémission de 5 semaines une rechute plus sévère se produisit qui continua à évoluer malgré les essais de traitement poursuivis 4 semaines.

L'injection sous-cutanée quotidienne de 3 cmc d'un produit spécialisé contenant 5 milligr. de vitamine B pure par centimètre cube, jointe à l'administration par voie digestive de 30 gr. de levure de bière par jour, amena en 10 jours une guérison absolue qui paraît s'être maintenue sans rechute.

G. Dreyfus-Sée.

Nagel. ***Les lésions coronariennes après intoxication par le gaz d'éclairage*** (*Deutsche medizinische Wochenschrif*, t. **63**, n° 8, 19 Février 1937, p. 301-302). — N. a eu l'occasion d'observer 2 cas dans lesquels l'intoxication par le gaz d'éclairage paraît avoir été responsable des lésions coronariennes.

La première malade, âgée de 62 ans, avait présenté 6 ans auparavant de légers troubles fonctionnels cardiaques que N. attribue à la ménopause. En 1936, 7 jours après une tentative de suicide par le gaz d'éclairage, elle présenta une crise angineuse intense mortelle, présentant les caractères d'un infarctus cardiaque. L'autopsie montra des lésions coronariennes.

Un 2e cas concerne un malade de 58 ans qui présenta également une crise angineuse 6 jours après une tentative de suicide par le gaz d'éclairage. Les tracés électrocardiographiques plaident dans les deux cas en faveur d'une lésion coronarienne établie après un délai de 6 à 7 jours après l'intoxication.

G. Dreyfus-Sée.

F. Rohr. ***A quel stade de la coqueluche doit-on injecter le vaccin anticoquelucheux*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 8, 19 Février 1937, p. 308-309). — Après de nombreux essais R. a adopté une technique de vaccination qui lui paraît capable d'atténuer notablement la coqueluche et de lui faire perdre de sa gravité même chez les jeunes enfants.

Il a renoncé à la vaccination précoce qui ne lui avait pas fourni de bons résultats et ne pratique la 1re injection que lorsque les enfants ont des quintes typiques avec reprises nettes.

Pour éviter tous incidents locaux et généraux, l'enfant doit rester au lit avec un pansement humide local le jour de la vaccination. 3 injections sont pratiquées à intervalles de 2 ou 3 jours. Après la 1re injection, et souvent après la 2e, l'évolution de la coqueluche se poursuit habituellement, mais en général une rémission suit la 3e injection. Cette atténuation dure 4 à 6 jours pour faire place à une nouvelle aggravation transitoire, cédant vite à la médication interne.

15 à 19 jours après la 3e injection vaccinale, la toux est habituellement réduite à quelques quintes légères et espacées.

R. insiste sur le fait que ces observations s'étendent à de nombreuses épidémies et comportent un grand nombre de cas, ce qui lui paraît répondre à l'objection possible d'une atténuation spontanée au cours d'une épidémie bénigne de coqueluche.

G. Dreyfus-Sée.

J. Brinck et N. Patrunky. ***Diathèse hémorragique par hyperovarie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 10, 5 Mars 1937, p. 386-388). — B. et P. relatent 2 observations de malades ayant présenté une diathèse hémorragique dont l'évolution paraît avoir été provoquée par des troubles fonctionnels d'origine ovarienne. L'hyperfonctionnement ovarien serait susceptible de déterminer la thrombopénie.

Le traitement par l'hormonothérapie bien conduite a été rendu plus actif par adjonction de transfusion de sang de femme enceinte.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

K. Heckmann. ***Les symptômes des péricardites avec épanchement*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 2, 8 Janvier 1937, p. 60-65). — Les données cliniques, radiologiques, kymographiques et les circonstances hydrostatiques permettent de différencier plusieurs types de péricardites avec épanchement.

1° Les épanchements libres peu abondants, à faible pression, faciles à diagnostiquer, obéissent aux lois hydrostatiques. L'ombre cardiaque est en besace avec la forme triangulaire, trapézoïde ou arrondie de la pointe. L'aspect du cœur dépend d'ailleurs plus de sa forme antérieure, de l'état du diaphragme et de la compressibilité des poumons, que de l'épanchement lui-même.

La variabilité de la forme de l'ombre lors des changements de position du malade constitue un symptôme important. Par ailleurs, les signes péri-

PHYTOTHÉRAPIE INTÉGRALE

TOT'HAMÉLIS

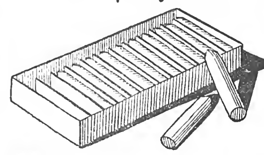
CHANTEREAU



Cachets
Deux par jour



Comprimés
Six par jour



Suppositoires
Un a deux par jour

Formule :

Feuilles d'Hamamélis administrées en nature, avec la totalité des principes actifs de la plante fraîche.

Avantages :

Renferme des principes insolubles dans les liquides usuels, qui ne peuvent exister dans les teintures ou extraits. Sans alcool, sans opothérapique, sans toxique. Permet au Médecin : 1° de conserver la direction du traitement (qui lui est enlevée par les associations polyvalentes) en prescrivant le TOT'HAMÉLIS isolément ou associé à des adjuvants de son choix selon les cas envisagés ; 2° d'éviter l'accoutumance en alternant la prescription des éléments d'une association choisie.

Indications :

Varices, hémorroïdes, tous les troubles congestifs résultant d'insuffisance de la circulation en retour.

Mode d'emploi :

Cachets : 2 par jour. Comprimés : 6 par jour. Suppositoires (anesthésiants par addition de scuroforme) : 1 à 2 par jour.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX :

Laboratoires CHANTEREAU, 26 bis, rue Dombasle — PARIS (XVe)

phériques vasculaires sont peu accentués et demeurent au deuxième plan.

2° *La péricardite avec épanchement* à haute pression comporte des manifestations cliniques circulatoires importantes, mais par contre la forme de l'image radiologique n'est pas influencée sensiblement par les modifications de position. Dans ce type, comme dans le précédent, on note l'absence de signe de Valsalva.

3° La péricardite avec très faible épanchement non visible sur les clichés radiologiques, décelable seulement par les procédés kymographiques. Ces formes correspondent souvent aux épanchements par stase.

4° La péricardite localisée avec symphyse partielle.

5° Les diverticules péricardiques inflammatoires de Kienbock.

L'étude systématique kymographique des épanchements permet de mettre en évidence quelques symptômes importants: La régularité du contour cardiaque qui demeure invariable pendant les systoles et les diastoles, l'apparition de battements visibles dans la position penchée latéralement.

Tous ces symptômes radio-kymographiques apportent un appoint précieux au diagnostic.

G. Dreyfus-Sée.

G. Albus. ***Augmentation de la sensibilité vis-à-vis des réactions cutanées utilisées pour le diagnostic des états allergiques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 3, 15 Janvier 1937, p. 87-89). — La sensibilité vis-à-vis des réactions cutanées (intra-dermo-réactions) peut être augmentée par divers procédés.

1° *Par des méthodes spécifiques*, consistant à injecter antérieurement un extrait de l'allergène vis-à-vis duquel on éprouvera ensuite la peau.

2° *Par des moyens non spécifiques;* le choix de A. s'est porté pour produire cette hypersensibilité sur l' « Omnadine », produit constitué essentiellement par les lipoïdes biliaires et qui paraît capable d'accroître de nouveau un pouvoir immunitaire passagèrement déficient.

L'injection intra-musculaire de 2 cmc de ce produit, 6 à 7 heures avant l'intra-dermo-réaction allergénique, a notablement augmenté l'importance de celle-ci. Il est intéressant de noter que cette hypersensibilité provoquée est près de deux fois plus forte que celle que produit l'injection spécifique déchaînante.

L'influence de l'omnadine a été interprétée par Pfannenstiel qui l'attribue à son action activante sur les lipases qui seraient capables alors de libérer des anticorps jusque-là liés à des éléments cellulaires.

G. Dreyfus-Sée.

J. Booij. ***Le Föhn et son action pathologique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 4, 22 Janvier 1937, p. 135-138). — Le désaccord des résultats obtenus par les observateurs de variations météoro-pathologiques et électriques à Leiden (Storm Van Leuwen et Booij) et à Innsbruck (Schmidt) a conduit B. à étudier plus précisément la question du Föhn à Innsbruck et à Leiden.

Après une série d'expériences, il arrive aux conclusions suivantes:

1° L'électricité atmosphérique et ses variations n'expliquent pas les troubles pathologiques provoqués par le Föhn à Innsbruck.

2° Il a été démontré expérimentalement que les variations de la pression atmosphérique dans certaines conditions de longueur d'onde et d'intensité peuvent altérer la santé des individus; mais en ce qui concerne la maladie du Föhn, les variations des ondes courtes et moyennes n'ont pas d'action caractéristique, les ondes longues ne semblent pas non plus pouvoir être incriminées.

3° L'hypothèse de Kestner incriminant des combinaisons gazeuses d'oxygène et d'azote n'est pas confirmée.

4° Il a été possible de guérir des sujets atteints de maladie du Föhn en leur faisant respirer de l'air de Föhn lavé. Ceci paraît le *premier fait expérimental objectif positif, réellement démontré* dans l'étude du Föhn.

G. Dreyfus-Sée.

Uebermuth. ***Péritonite grippale*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 7, 12 Février 1937, p. 243-245). — L'épidémie grippale de 1936-1937 a permis d'observer à la clinique de Leipzig un syndrome rare de péritonite grippale succédant à une entérite initiale passagère.

Cliniquement, le tableau était dominé par les signes d'un iléus du grêle constituant une indication opératoire. Mais la laparotomie montra une péritonite diffuse séro-hémorragique partant de la région iléale: on nota, en outre, de la leucopénie. Ces symptômes, joints à la diarrhée du début, et à la survenue dans un foyer épidémique grippal, ont fait porter le diagnostic de péritonite grippale.

U. met cependant en garde contre ce diagnostic qui doit demeurer exceptionnel.

G. Dreyfus-Sée.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

Th. Malamud. ***Le syndrome appendiculaire aigu comme unique manifestation de la cholécystite chronique calculeuse*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **23**, n° 40, 30 Septembre 1936, p. 2277-2281). — Un point appendiculaire banal peut être symptomatique de cholécystite.

Observation d'une malade de 30 ans, qui présente un épisode abdominal brutal, d'apparence appendiculaire. A l'intervention, on trouve l'appendice sain, et, prolongeant l'incision, une grosse vésicule biliaire œdématiée, pleine de calculs, qu'on extirpe. Guérison.

2e observation similaire: opération après une période de 2 mois d'observation qui ont permis de fonder le diagnostic d'atteinte vésiculaire.

Avant toute opération qui semble imposée par une appendicite aiguë chez la femme, il faut réaliser une investigation abdominale approfondie, clinique, chimique, biologique et radiographique. La vésicule doit être la préoccupation dominante en face des cas abdominaux chroniques et quelquefois des « aigus » chez la femme.

A l'intervention, l'appendicite ne montre pas de lésions aiguës franches qui justifieraient les troubles ayant conduit la malade à l'opération; explorer systématiquement le flanc droit en renonçant aux trop petites incisions.

G. d'Heucqueville.

G. Bonorino Udaondo, H. Zunino et **A. M. Centeno.** ***Contribution à l'étude du suc gastrique*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **23**, n° 43, 21 Octobre 1936, p. 2408-2414). — Contrairement à nombre de monographies publiées dans les dernières années, relatives à diverses épreuves gastriques, U., Z. et C. étudient le suc gastrique dans son ensemble.

Ils rappellent d'abord les travaux antérieurs sur la question.

Ils étudient les courbes de l'acidité, du taux d'HCl, de pepsine et de mucus, pendant le cycle sécréteur, par l'extraction partielle sur 10 sujets, qui donnent des résultats concordants.

Dans les sécrétions *normochlorhydriques*, les taux les plus élevés de mucus enregistrés à jeun commencent à diminuer entre 20 et 30 minutes après injection d'histamine; cette baisse coïncidant avec l'augmentation des taux des acides et de la pepsine. Entre 40 et 60 minutes, on a enregistré les plus faibles taux de mucus. Le taux se relève ensuite peu à peu jusqu'à la fin de la sécrétion à 25 ou 30 centigr.

Dans les courbes *hyperchlorhydriques*, les taux à jeun de mucus sont plus faibles que dans les cas précédents, mais les oscillations sont identiques, c'est-à-dire qu'elles décroissent (précédant légèrement l'élévation maximum du taux de l'acide chlorhydrique et de la pepsine) pour se maintenir ensuite entre 4 et 10 centigr. jusqu'à la fin de la digestion.

Dans les formules *anachlorhydriques*, le mucus existe en quantités élevées à jeun et descend lentement après 30 minutes, se maintenant élevé encore après 60 minutes et n'atteignant qu'après 2 heures sa valeur minimum.

De ces résultats on peut déduire que les oscillations de la courbe du mucus dans le cycle digestif suivent le rythme suivant: concentrations maxima durant la période de repos et la première demi-heure de la digestion; chute concomitante à l'élévation des taux de l'acide et de la pepsine; puis élévation modérée à la fin de la période digestive.

G. d'Heucqueville.

A. Ceballos. ***Evolution d'un cas de cancer au poumon traité par lobectomie en un seul temps*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **23**, n° 49, 2 Décembre 1936, p. 2675-2683). — Observation d'un homme de 54 ans, ayant présenté une congestion pulmonaire et des bronchites à répétition avec expectoration sanglante. La radiographie découvre une tumeur développée insidieusement. Anémie, examen général négatif.

C. parvient à réséquer le lobe pulmonaire envahi. La tumeur apparaît comme une agglomération de petites masses, constituées par des alvéoles de cellules épithéliales bronchiques. Suppuration post-opératoire. Hémoptysie et mort subite après 6 mois.

La *bronchoscopie* au début de cette lente évolution et surtout la *bronchographie* auraient permis un diagnostic précoce et un traitement chirurgical efficace; la lobectomie pratiquée alors aurait laissé le malade à l'abri de toute récidive.

Des évolutions lentes s'observent dans le cancer du poumon avec alternatives d'aggravations et d'améliorations avec récupération et augmentation de poids.

Les moyens de diagnostic au début se réduisent à la *bronchographie*, la *bronchoscopie* et la *biopsie;* il ne faut pas attendre la présence de cellules cancéreuses dans les crachats.

G. d'Heucqueville.

E. R. Gavina Alvarado et **A. Berlingieri.** ***Erythème polymorphe et trichophytie*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. **23**, n° 50, 9 Décembre 1936, p. 2730-2734). — Observation d'un érythème polymorphe ayant suivi de 7 jours un herpès trichophytique à « *trichophyton hectotrix microïde* ». Examen général négatif. A la tuberculine, selon la technique de Mantoux, réaction générale mais non locale.

La trichophytie guérie, une fois résolue l'éruption de l'érythème polymorphe (guérison spontanée par réaction allergique inflammatoire), on a provoqué le phénomène de Bruno Bloch, analogue à celui de Koch pour la bacillose (reproduction de la réaction inflammatoire par inoculation d'une colonie de trichophyton dans l'épiderme).

Si on considère l'érythème polymorphe comme une entité morbide vraie, on peut expliquer ces faits par une éruption infectieuse favorisée par un état d'hypophylaxie momentanée en relation avec la trichophytie.

A. et B. considèrent l'érythème polymorphe comme un syndrome réactionnel dû à de multiples causes toxiques ou infectieuses. Il s'agirait alors d'une trichophytie à type d'érythème polymorphe due à un foyer de *trichophyton microïde* (dont on connaît les réactions allergisantes).

G. d'Heucqueville.

A. E. Roffo. *Propriétés lumineuses du cholestérol irradié par les ultra-violets et la chaleur* (*La Prensa Medica Argentina*, t. 23, n° 52, 23 Décembre 1936, p. 2820-2833). — R. rappelle les notions acquises sur la fluorescence et la phosphorescence.

Il étudie la fluorescence du cholestérol, irradié avec les ultra-violets naturels, solaires et les ultra-violets artificiels émis par une lampe de quartz aux vapeurs de mercure d'une longueur d'onde de 3.800 Angströms environ.

Il détermine encore la fluorescence par chauffage du cholestérol à 450°.

Reproduction de 4 microphotographies de cristaux de cholestérol phosphorescents, l'une en couleur, montrant la teinte jaune de la phosphorescence du cholestérol, après 100 heures d'irradiation par la lampe aux vapeurs de mercure.

De ces expériences il se dégage que, si le cholestérol non irradié est peu fluorescent, le cholestérol irradié avec des ultra-violets (de sources naturelles ou artificielles) devient fortement fluorescent. De même le cholestérol chauffé.

La fluorescence du cholestérol irradié est directement proportionnelle au temps de l'irradiation, et la fluorescence du cholestérol chauffé directement proportionnelle à la température.

Les phénomènes de fluorescence obtenus au niveau de la molécule de cholestérol chauffé ou irradié traduisent des changements moléculaires comme: 1° l'augmentation des doubles liaisons dans le groupe central ; 2° la fragmentation de la chaîne latérale, et 3° l'évolution de la molécule complexe primitive vers le groupe basique phénantrénique.

G. d'Heucqueville.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Wegierko. *Le traitement de l'asthme bronchique par le choc insulinique* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 50, n° 5 et n° 6, 5 et 12 Février 1937). — L'injection d'insuline est faite au moment de la crise dyspnéique, et est en moyenne de 40 unités; le choc obtenu est d'intensité moyenne, facilement interrompu par l'administration de sucre, et W. n'a observé aucune complication ni aucun effet secondaire fâcheux sur l'organisme. S'appuyant sur un certain nombre d'observations, W. croit pouvoir affirmer que le choc insulinique interrompt la crise d'asthme, et que chez les malades ainsi traités à chaque accès, on observe une raréfaction progressive et une diminution de l'intensité des crises, qui conduisent au bout d'un temps plus ou moins long à la guérison.

G. Basch.

Taubenhaus et Amann. *Recherches sur la résorption de l'eau dans le rectum chez les sujets normaux et chez les constipés habituels* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. 50, n° 7, 19 Février 1937, p. 214-217). — T. et A. ont utilisé comme indicateur une solution de fluorescéine à 1 p. 100; ils administrent 20 cmc de cette solution par voie rectale, et étudient de demi-heure en demi-heure la teneur en fluorescéine des urines des patients pendant les 3 heures consécutives. Chez les sujets normaux, la quantité de fluorescéine, éliminée pendant ce laps de temps, est en moyenne de 13 milligr. 8 et n'est pas influencée par l'injection intra-veineuse de solutions hypertoniques. Dans les cas de constipation chronique, par contre, ne sont résorbés que 3 milligr. 2 de fluorescéine; cette action empêchante s'atténue quand les malades sont traités pour leur constipation. Enfin chez les sujets normaux, l'administration de carbonate de calcium diminue la quantité de F. résorbée, alors que l'administration d'opium est sans action.

G. Basch.

AMERICAN JOURNAL OF DIGESTIVE DISEASES AND NUTRITION (Fort-Wayne)

A.-C. Ivy, L. Terry, G.-B. Fauley et W. B. Bradley. *Effets de l'administration de préparation d'alumine sur l'activité sécrétoire et l'acidité gastrique de l'estomac normal* (*American Journal of Digestive Diseases and Nutrition*, t. 3, n° 12, Février 1937, p. 879-883). — Expérimentalement, l'administration de préparations d'alumine, en l'espèce, une crème d'hydroxyde d'alumine ou une poudre d'hydroxyde d'alumine colloïdal, à des chiens vigoureux et sains à un régime équilibré, à des doses quotidiennes plus fortes que celles recommandées dans la thérapeutique de l'ulcère peptique chez l'homme, pendant 4 mois, ne provoque pas une diminution de la réponse sécrétoire de l'estomac à un repas.

La diminution de l'acidité gastrique constatée chez les ulcéreux traités par l'alumine peut être due à un autre effet qu'à l'action directe de cette substance sur le mécanisme sécrétoire de l'estomac.

Si l'alumine est administrée avec un repas à grosse dose, une ou deux fois par semaine, il n'y a aucune modification de la sécrétion gastrique après un repas d'épreuve.

La santé des animaux n'était pas altérée. Après la prise d'alumine pendant 3 à 8 mois, le contenu du foie en alumine restait dans les limites normales.

Chez l'homme, les préparations d'alumine données d'heure en heure et 6 fois par jour provoquent une diminution de l'acidité gastrique. Ces substances semblent jouer, vis-à-vis de l'acide libre, le rôle de « tampon » et sont plus efficaces quand elles sont données fréquemment.

Robert Clément.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Epstein et Jacobson. *Zona bilatéral compliqué de tuberculose cutanée, osseuse et pulmonaire* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 34, n° 6, Décembre 1936, p. 989-996). — Un homme de 21 ans eut en Mai 1937 une gomme tuberculeuse de la région sterno-claviculaire droite, qui s'ulcéra; la biopsie et l'inoculation positive d'un fragment de la lésion au cobaye démontrèrent la nature tuberculeuse de la gomme.

La ponction lombaire donna un liquide céphalo-rachidien normal; les réactions de Wassermann et de Kahn furent négatives.

Une radiographie du sternum montra une lésion destructive de la surface du manubrium du sternum. Une radiographie thoracique décela une densité augmentée des deux hiles, avec accentuation péribronchique, dans la région inférieure de chaque champ pulmonaire.

Le 25 Octobre, la température du malade s'éleva à 39° et on constata une pleurésie droite; l'inoculation du liquide pleural clair au cobaye fut négative. Le 4 Décembre, le malade accusa une sensation de brûlure du côté droit et le lendemain apparut un zona typique au niveau des 7e, 8e, 9e et 10e nerfs thoraciques. Le lendemain, l'éruption apparut du côté gauche, en ceinture. La brûlure persista 5 jours, accompagnée d'une fièvre légère.

Une radiographie des vertèbres dorsales révéla un processus destructif du corps de la 11e dorsale, une irrégularité du cartilage entre la 10 et 11e vertèbre; le corps de la 11e vertèbre était comprimé des 2/3 avec raréfaction kystique. Les vertèbres voisines paraissaient normales.

E. et J. passent ensuite en revue les cas de zona bilatéral publiés dans la littérature.

R. Burnier.

Montgomery. *Epithélioma palmaire développé au siège d'une lésion syphilitique* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 34, n° 6, Décembre 1936, p. 1024-1027). — Une femme de 35 ans avait depuis 1906 un placard sec et squameux de la face palmaire droite, qui fut pris pour un eczéma localisé ou un psoriasis. Mais la persistance des lésions, leur aspect devenu croûteux en 1918, leur unilatéralité firent penser à la possibilité de la syphilis; les réactions sérologiques se montrèrent, en effet, positives. Une amélioration nette suivit le traitement institué.

En 1921, une ulcération douloureuse, couverte d'une croûte épaisse jaunâtre, apparut sur la paume de la main droite, à la racine du pouce. On pensa à une récidive des lésions syphilitiques et on institua un nouveau traitement: sublimé, iodure de potassium, injections d'arsénobenzol.

Mais malgré cette thérapeutique, l'ulcération ne se cicatrisait pas; une biopsie montra qu'il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire. Des applications de radium amenèrent la guérison de la lésion.

Ce cas est un nouvel exemple de l'affinité du cancer pour les lésions syphilitiques.

R. Burnier.

Senear et Caro. *Maladie de Hodgkin ulcéreuse de la peau* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 35, n° 1, Janvier 1937, p. 78-113). — A propos d'un cas de maladie de Hodgkin *ulcéreuse* de la peau et qui se termina par la mort chez un un sujet de 23 ans, S. et C. passent en revue les 27 cas de cette manifestation rare publiée dans la littérature.

Les ulcérations peuvent apparaître au niveau de nodules cutanés ou sous-cutanés préexistants, dont la nécrose centrale s'étend ensuite à la surface, ou bien être en connexion avec des lésions lymphogranulomateuses du périoste, des ganglions médiastinaux, ou bien survenir comme la première lésion apparente de la maladie.

Les ulcérations peuvent être uniques ou multiples, variables de siège et d'étendue; elles saignent facilement au toucher et sont douloureuses. Les régions sous-maxillaires, claviculaires, axillaires et thoraciques sont le plus souvent atteintes, mais aucune partie du corps n'est épargnée.

Le diagnostic de ces ulcérations peut être difficile, car elles simulent les ulcérations de la syphilis, du sarcome, du mycosis fongoïde, de l'épithélioma et de la tuberculose.

La biopsie montre habituellement les lésions caractéristiques de la maladie de Hodgkin, le nombre des cellules de Reed-Sternberg variant beaucoup suivant les cas. Dans quelques cas, les lésions ne sont pas typiques et rappellent celles du sarcome.

R. Burnier.

Usher et Rabinovitch. *Nécrobiose lipoïdique des diabétiques* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. 35, n° 1, Janvier 1937, p. 180-187). — A propos d'un cas observé chez un diabétique de 25 ans, atteint de quatre placards infiltrés de la peau de la cuisse et du bras gauches, et des malléoles externes, U. et R. étudient cette manifestation rare, puisque leur cas est le 15e rapporté dans la littérature.

Les lésions sont généralement arrondies, ovalaires ou irrégulières, papuleuses, fermes, de coloration jaunâtre au centre comme le xanthome, mais entourées d'une bordure violacée; quand la lésion progresse, elle tend à s'accroître et perd son aspect papuleux; la bordure devient rouge brun et le centre tend à s'atrophier; la surface devient squameuse et l'épiderme aminci présente des télangiectasies; parfois la lésion aboutit à l'ulcération. Contrairement au xanthome, la nécrobiose lipoï-

dique des diabétiques n'obéit pas ordinairement au traitement. Mais la cicatrisation peut être observée.

Le diagnostic se pose avec le xanthome, la cholestérose extracellulaire d'Urbach ; l'amyloïdose localisée, la sclérodermie localisée, l'érythème induré, l'acrodermatite chronique atrophiante et le myxœdème localisé.

Histologiquement, il s'agit essentiellement d'une lésion de chorion avec tuméfaction des fibres de collagène, inflammation et épaississement des vaisseaux profonds avec thrombose et nécrose et dépôt dans les aires nécrotiques de particules de graisse. Les dépôts d'hémosidérine paraissent dus à la stase. On ne trouve pas de grandes cellules spéciales comme dans le xanthome. De plus, la nécrobiose lipoïdique diffère encore du xanthome par les proportions relatives du cholestérol libre et des éthers de la cholestérine et le pourcentage des lipoïdes sous forme de phospholipoïdes.

R. Burnier.

Mc Carthy et **Hunter**. ***Le traitement endocrinien dans l'acné vulgaire*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **35**, n° 2, Février 1937, p. 211-225). — Mc C. et H. ont recherché chez 72 malades atteints d'acné les troubles endocriniens. Il leur est apparu que les troubles thyroïdiens jouent un rôle minime dans l'acné. Sur les 72 acnéiques, 41 pour 100 des hommes et 78 pour 100 des femmes ont montré une déficience du lobe antérieur de l'hypophyse ou des glandes génitales. 8 pour 100 des hommes et 7 pour 100 des femmes accusaient une déficience des deux sortes de glandes. Sur les 60 femmes étudiées, 30 pour 100 seulement avaient des troubles menstruels, alors que 78 pour 100 avaient une déficience endocrinienne.

Les malades, atteints d'acné papulo-pustuleuse récidivante, traités auparavant par la radiothérapie, réagirent favorablement après 3 à 6 mois de traitement par l'hormone gonadotrope tirée de l'urine de femme enceinte.

Les malades atteints d'acné indurée et kystique récidivante, traités antérieurement par la radiothérapie, ne montrèrent aucune amélioration après 6 mois de traitement avec l'hormone gonadotrope et la theeline (folliculine).

On n'observa aucun avantage sur les rayons X seuls chez 35 malades traités à la fois par la radiothérapie et les préparations glandulaires.

Sur 23 malades non traités auparavant, l'acné ne montra aucune amélioration avec les préparations glandulaires seules, bien que les troubles menstruels se soient amendés rapidement.

Mc C. et H. concluent que les préparations glandulaires n'ont aucune efficacité dans le traitement de l'acné vulgaire, sauf dans les types d'acné papulo-pustuleuse récidivante, antérieurement traitée par une dose suffisante de rayons X.

R. Burnier.

Laymon. ***Cholestérose extracellulaire*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **35**, n° 2, Février 1937, p. 269-284). — Urbach a décrit en 1932 sous ce nom une dermatose spéciale différente du xanthome et qu'il observa chez une femme de 68 ans, atteinte de nodosités du dos, des mains, puis des genoux et des cuisses. Ces nodosités violacées, de 2 cm. de diamètre, étaient bordées de petites papules jaunes orangé. De petites papules jaunes existaient aux oreilles, au thorax, aux bras, aux fesses. La langue était fissurée, avec quelques hémorragies; de petites papules jaunâtres s'observaient également sur les muqueuses du nez, du voile du palais, les conjonctives. Le foie et la rate étaient un peu hypertrophiés. Le sang était normal, à part une légère monocytose (9,5 pour 100).

Histologiquement, l'épithélium était épaissi; les cellules de la couche basale étaient vacuolaires; infiltrat dense de cellules rondes et fusiformes avec noyau ovale, fortement coloré; çà et là, quelques cellules dégénérées; l'endothélium des vaisseaux capillaires et lymphatiques dilatés était épaissi ; pas de grandes cellules à protoplasma écumeux vacuolisé; fibres élastiques disparues. Après coloration au soudan III, les vaisseaux sanguins apparaissent entourés d'un manteau rouge brunâtre de lipoïdes; accumulation irrégulière de substances soudanophiles dans le tissu connectif.

L. a observé un cas analogue chez une fillette de 16 ans, atteinte depuis l'âge de 5 ans de lésions nodulaires jaunâtres de 2 à 4 mm. sur le dos des mains, des doigts, des coudes, des genoux, des fesses. Rien sur le reste du corps, ni sur les muqueuses; pigmentation bigarrée des jambes. Sang normal, pas de monocytose; cholestérine 123 milligr. Réactions sérologiques négatives pour la syphilis.

Au point de vue *pathologique*, Urbach envisage 3 hypothèses: 1° réticulo-endothéliose primitive entraînant un trouble du métabolisme de la cholestérine ; 2° la maladie dépend d'un processus infectieux ou inflammatoire causant une destruction cellulaire de la peau avec libération et dépôt de cholestérol dans les tissus ; 3° altération primitive du métabolisme lipoïdique avec lésions secondaires du tissu connectif et endothélial, du fait des lipoïdes circulant dans le sang. Urbach penche plutôt en faveur de la 1re hypothèse, en raison de la monocytose relative, de la splénomégalie, du caractère réticulo-endothélial de l'infiltrat et de la régression des lésions par la radiothérapie.

Cette forme appartient au groupe des *lipoïdoses cutanées*, qu'Urbach classe ainsi :

Xanthélasma: lésion palpébrale principale avec infiltrations secondaires; présence de grandes cellules écumeuses et de cellules géantes; cholestérine et éthers de la cholestérine intracellulaires.

Cholestérose extracellulaire (Kerl-Urbach): papules et nodules rouge brun multiples, ressemblant à l'érythème polymorphe, localisées aux extrémités, au tronc et aux muqueuses; dépôts lipoïdiques extracellulaires surtout autour des vaisseaux; pas de cellules écumeuses; cholestérine et éthers de la cholestérine extracellulaires.

Hépatosplénomégalie; lipoïdose de la peau et des muqueuses (Bürger-Grütz): nodules jaunes de la face et des extrémités; lésions des muqueuses; rate et foie volumineux; augmentation des phosphatides dans le sang; infiltrats de lipoïdes périvasculaires; lipoïdes intra- et extracellulaires.

Lipoïdprotéinose (Urbach-Wiethe): maladie familiale apparaissant au cours d'un diabète latent; nodules jaunes de la peau et des muqueuses; lésions hyperkératosiques des extrémités; enrouement congénital; pas de cellules écumeuses; due probablement à des phosphatides plus lipoïdes.

Nécrobiose lipoïdique des diabétiques: lipoïdose généralisée et hyperlipémie avec nécrobiose; type de lipoïdes encore mal défini.

Le *diagnostic* se pose avec la *sarcomatose hémorragique* de Kaposi, le *xanthome aréolaire multiple* de Riehl et Artz, l'*érythème polymorphe;* c'est l'évolution et surtout la biopsie qui, montrant la présence de substances soudanophiles dans les tissus et l'absence de grandes cellules écumeuses et géantes, permettront le diagnostic.

R. Burnier.

IL POLICLINICO [Sezione medica] (Rome)

G. Triolo. ***L'embolothérapie dans la tuberculose pulmonaire; modifications de la posologie de l'embolothérapie*** (*Il Policlinico, sez. medica*, t. **43**, n° 7, 1er Juillet 1936, p. 358-360). — T. a constaté que seuls les tuberculeux pulmonaires ayant des lésions minimes supportaient bien les injections intraveineuses répétées de gélatine; les malades ayant de grosses lésions ressentaient un bénéfice évident de la première injection, mais aux suivantes, l'état général déclinait à nouveau et les signes fonctionnels et physiques qui avaient disparu reparaissaient ; en général, cette poussée s'atténuait peu à peu, mais dans quelques cas cependant, elle pouvait précipiter l'évolution fatale. Or, la gélatine n'agit qu'en provoquant des embolies microscopiques qui se produisent dès la première injection; une nouvelle injection trop rapprochée, survenant alors que le processus de réparation déclanché par la première est encore en activité, ne fait qu'augmenter les troubles circulatoires et la réaction du poumon, sans aider à la réparation. Dans ses premières publications, T. avait conseillé d'injecter 4 centicubes de gélatine à 3 pour 100 à 6 ou 12 reprises avec un intervalle de 15 jours entre chaque injection; il est actuellement d'avis de ne faire qu'une, deux ou au maximum trois injections à intervalle d'au moins 2 mois et pour peu que les lésions soient un peu étendues ou douées d'une certaine activité de réduire la dose injectée parfois à 2 centicubes d'une solution à 2 pour 100.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA (Turin)

V. Madon et **E. Robecchi**. ***Recherches sur la transmission de la tuberculose au fœtus et sur la morbidité dans les premières années de la vie*** (*Minerva medica*, 27e année, t. **2**, n° 29, 21 Juillet 1936, p. 59-63). — 22 nouveau-nés de mère ayant eu une tuberculose pulmonaire avérée mais cliniquement guérie ont été trouvés normaux et l'intradermo-réaction à la tuberculine au centième faite à deux reprises avec un certain intervalle a été chez eux négative; ceux qui ont pu être suivis se sont comportés du point de vue de leur développement et de leur morbidité comme des enfants normaux.

Vingt-cinq enfants nés de mères ayant une tuberculose pulmonaire grave en activité, le plus souvent avec cavernes, ont été également étudiés; chez 3 d'entre eux qui étaient mort-nés, l'examen anatomopathologique n'a pas montré de tuberculose histologique et la recherche de l'ultra-virus dans leurs organes a été négative. Treize ont été isolés dès la naissance et placés à l'abri de la contagion : ils sont restés normaux, sauf l'un mort de gastro-entérite le 40e jour et un autre qui est rachitique présente une certaine accentuation de la trame pulmonaire mais garde une intradermo-réaction à la tuberculine négative. Cinq enfants n'ont pas été séparés de leur mère; un seul reste normal; trois ont une intradermo-réaction positive avec des signes radiologiques pulmonaires plus ou moins discrets; le dernier est mort à trois mois et demi de méningite tuberculeuse.

On peut donc, malgré des affirmations récentes se basant principalement sur l'existence de l'ultra-virus, s'en tenir à la conception classique qui veut que le nouveau-né de mère tuberculeuse naisse indemne et puisse le rester s'il est précocement soustrait à la contamination.

Lucien Rouquès.

R. Rimini. ***La tuberculose pulmonaire chez les athlètes*** (*Minerva medica*, 27e année, t. **2**, n° 32, 11 Août 1936, p 125-131). — R. a réuni 20 cas de tuberculose pulmonaire chez des athlètes pratiquant des sports variés; dans 10 cas, on a pu noter que les malades avaient été exposés du fait de parents ou d'étrangers à des contaminations fréquentes et graves; ce pourcentage de 50 pour 100, certainement inférieur à la réalité, dépasse celui que l'on observe chez les tuberculeux pulmonaires en général. Des 20 athlètes, 10 étaient des longitypes suivant la classification de Viola, 8 des paracentraux supérieurs et 2 des normotypes. Quinze avaient une forme à prédominance exsudative, cinq des formes productives-hématogènes. Du point de vue de l'évolution, 12 s'améliorent, 7 restent stationnaires, 1


ODETTE ZÉAU
Vaccinothérapie cutanée
PAR
LE
Vaccinothérapie Cutanée
PROPIDEX
POMMADE À BASE DE PROPIDON
PROPIDEX
Pommade à base de propidon du Professeur Delbet

s'aggrave; il faut remarquer que chez 15 malades dont 13 atteints de forme à prédominance exsudative, un pneumothorax a pu être institué.

Sur les 20 athlètes, 3 n'ont pas eu l'occasion de se livrer à des efforts fatigants dans la période qui a précédé immédiatement le début clinique de la maladie; les 17 autres avaient continué à se livrer à des efforts violents bien que présentant des signes indiscutables de maladie en activité: un footballeur a joué notamment une partie de championnat avec un pneumothorax thérapeutique; ceci prouve qu'un organisme pourtant atteint par une maladie grave reste susceptible pendant un certain temps d'efforts physiques violents; ceci montre également à quel point la passion sportive peut faire négliger les précautions hygiéniques les plus élémentaires; tous les malades, sauf deux, étaient de purs amateurs. En conclusion, il est à souhaiter que les visites médicales des sportifs ne portent pas uniquement sur la recherche de leurs possibilités de développement physique; un examen médical complet doit être pratiqué au début ainsi que des contrôles périodiques.

LUCIEN ROUQUÈS.

F. de Matteis. ***Angine de poitrine et anémie grave : étude clinique et électro-cardiographique*** (*Minerva medica*, **27**e année, t. **2**, n° 36, 8 Septembre 1936, p. 217-224). — M. a recherché l'existence de l'angine de poitrine chez 45 malades atteints d'anémie grave (12 cas d'anémie pernicieuse et 33 cas d'anémies secondaires à des hémorragies, des cancers, des leucémies, un ictère hémolytique) mais ne présentant pas de signes cliniques d'altération cardio-vasculaire; dans 2 cas seulement, des crises typiques d'angine de poitrine ont été constatées; le premier cas est celui d'une femme de 39 ans atteinte d'anémie hypochrome essentielle et présentant des signes indiscutables de dystonie végétative qui dominaient la symptomatologie douloureuse; le deuxième est celui d'un homme de 59 ans atteint de leucémie hémocytoblastique mort au cours d'un accès angineux et chez qui l'autopsie a montré une calcification de la portion initiale de la coronaire; dans des anémies très graves, aucune crise angineuse n'a été observée. Ces constatations ne sont pas en faveur de la conception qui fait jouer un rôle à l'anoxémie dans le déterminisme de l'angine de poitrine; tout au plus, peut-on admettre que dans des cas peut-être exceptionnels, l'anoxémie peut favoriser la crise chez des prédisposés.

Chez 37 anémiques dont 9 atteints d'anémie pernicieuse, M. a pratiqué des électrocardiogrammes: dans 72 pour 100 des cas, l'onde P était basse en général dans les 3 dérivations; dans 43 pour 100 des cas, l'onde était basse au moins dans 2 dérivations; la prépondérance gauche a été notée dans 16 pour 100 des cas et dans un cas, la prépondérance droite; dans 7 cas dont 4 d'anémie pernicieuse (18 pour 100), on a constaté des signes de légère souffrance coronarienne (dénivellation négative de ST en une ou plusieurs dérivations, profondeur de l'onde Q en D3 ou en D2 et D3, avec une onde T diphasique ou inversée).

LUCIEN ROUQUÈS.

O. Maestri. ***Au sujet de la guérison spontanée des cavernes tuberculeuses*** (*Minerva medica*, **27**e année, t. **2**, n° 40, 6 Octobre 1936, p. 325-340). — M. rapporte 10 observations de cavernes pulmonaires tuberculeuses guéries spontanément dont 6 creusées dans les infiltrats précoces et 2 dans des lobites; il s'agit presque toujours de cavernes récentes, rondes, avec une zone de condensation périphérique s'estompant rapidement dans le parenchyme voisin; dans 3 cas, il existait autour de la caverne de gros nodules de forme acineuse et dans un cas, des micro-cavernes de l'apex qui ont disparu en même temps que la caverne principale; les cavernes qui guérissent spontanément sont en général de petite taille et chez les malades de M. ne dépassaient pas 3 à 4 centimètres de diamètre; sauf une qui était à proximité du hile, elles siégeaient dans la région sous-claviculaire ou dans le champ moyen; comme c'est la règle, les malades de M. étaient presque tous jeunes, mais l'un avait 41 ans et l'autre 54 ans.

La guérison spontanée des cavernes ne s'observe guère que chez les malades dont l'admission au sanatorium est rapide; peu importe, semble-t-il, que le sanatorium soit en montagne, en plaine ou à une altitude moyenne, c'est la précocité de l'admission qui est capitale. Le processus de disparition par résolution et cicatrisation fibro-conjonctive successive s'observe surtout dans les cavernes récentes provenant d'un infiltrat; la guérison par fibrose se voit surtout dans les cavernes anciennes; on peut constater la disparition de la bronche de drainage de la caverne; il est exceptionnel que la cicatrice résiduelle de la caverne ne soit pas visible sur les radiographies. La guérison spontanée des cavernes peut être stable: dans certains cas de M., elle se maintient depuis 4 ans; de toute façon, elle reste un phénomène peu fréquent, imprévisible, et il n'y a pas à tenir compte de sa possibilité lorsqu'on a à poser les indications des méthodes de collapsus.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Jona. ***Cancro-cirrhose du poumon*** (*Minerva medica*, **27**e année, t. **2**, n° 44, 3 Nov. 1936, p. 427-433). — J. décrit sous ce nom une variété de cancer du poumon remarquable par le développement d'une sclérose considérable. Il s'agit d'un homme de 34 ans venu consulter pour des douleurs de l'hémithorax droit et de la fièvre; à l'examen, on constate une dilatation veineuse sur le thorax, une matité du sommet droit avec respiration soufflante, une obscurité de la base; la radioscopie montre une masse uniformément opaque dans le lobe supérieur droit avec attraction de la trachée et de l'aorte, une infiltration en taches de la base avec surélévation de l'hémidiaphragme; rapidement d'ailleurs, l'opacité de l'hémithorax devient totale; apparaissent ensuite de l'œdème en pèlerine, des signes de sténose trachéale et le malade meurt après une évolution de deux ans. L'autopsie met en évidence un poumon droit extrêmement adhérent aux côtes, au diaphragme, au médiastin et réduit de volume; une pachypleurite épaisse de 7 mm. le recouvre et s'insinue entre les lobes; tout le poumon est de consistance dure, scléreuse; le cancer occupe le hile et la partie antérieure, supérieure et médiane du lobe supérieur; le reste de ce lobe et les deux autres sont parsemés de bandes conjonctives épaisses et creusés de bronchiectasies. Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma à cellules intermédiaires.

Dans cette observation, il est certain, comme l'ont montré en particulier les radiographies successives, que la sclérose pulmonaire n'a pas précédé le développement du cancer. Il est à noter qu'en dehors d'une métastase dans la surrénale droite, le cancer était resté purement local; les ganglions étaient indemnes et la compression médiastinale était produite par la tumeur et non par les ganglions; les ganglions sous-claviculaires droits augmentés de volume au début de l'évolution, mais de consistance normale, ont peu à peu régressé et l'examen histologique les a montrés non cancéreux. J. a observé deux autres cas d'adénopathie sus-claviculaire pseudo-néoplasique au cours du cancer du poumon.

LUCIEN ROUQUÈS.

LA RIFORMA MEDICA *(Naples)*

G. Colucci. ***Etude graphique de la diadococinésie au moyen des mouvements de pronation et de supination*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 31, 1er Août 1936, p. 1056-1063). — Etudiant les mouvements volontaires successifs des cérébelleux, Babinski a décrit, sous le nom de diadococinésie, la fonction par laquelle on peut exécuter successivement et rapidement des mouvements volontaires antagonistes; le trouble de cette fonction ou adiadococinésie ne s'observe d'ailleurs pas que chez les cérébelleux. C. a mis au point un appareil permettant d'enregistrer simultanément les mouvements de pronation et de supination des deux mains; un fil part d'un bracelet de cuir placé sur un poignet, se réfléchit sur des poulies entre lesquelles il commande par un système réducteur un style enregistreur et aboutit à un poids léger ou à un ressort; on fait exécuter aux sujets les mouvements de pronation et de supination soit sur un rythme fixe, soit avec la plus grande rapidité possible; dans ce cas la fréquence peut varier notablement d'un sujet normal à un autre et chez un même sujet d'un enregistrement à l'autre. Les oscillations du style enregisteur sont assez égales pour les mouvements de la main droite, plus diverses pour celles de la main gauche; en général, chez les droitiers, les oscillations correspondant à la main gauche sont plus amples que celles qui correspondent à la main droite, surtout lorsque le sujet exécute les mouvements sur un rythme libre et sans prêter trop d'attention à leur exécution; chez les gauchers, les oscillations sont égales pour les deux mains ou il existe une légère différence au bénéfice des oscillations correspondant à la main droite.

C. n'a encore qu'ébauché l'étude de la diadococinésie chez les malades atteints de syndromes nerveux avec ou sans troubles cérébelleux et chez les malades atteints de troubles mentaux: il a noté des modifications très variées de la forme des oscillations et des inégalités d'un côté à l'autre que la séméiologie classique était incapable de faire soupçonner.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Ferrari. ***Complications de la phrénico-exérèse : un cas d'emphysème généralisé*** (*La Riforma medica*, t. **52**, n° 33, 15 Août 1936, p. 1115-1120). — Après un rappel des principales complications de la phrénico-exérèse, F. rapporte l'observation d'un homme de 62 ans, présentant une tuberculose de l'articulation scapulo-humérale droite et une tuberculose pulmonaire bilatérale à tendance sclérosante avec une grosse caverne dans la région apicale droite; une phrénicectomie fut pratiquée à droite par un chirurgien expérimenté, sans incidents opératoires, le nerf ayant été extirpé sur une longueur de 15 cm.; quelques heures après l'opération, survint un emphysème sous-cutané au voisinage de l'incision, qui s'étendit peu à peu à toute la moitié supérieure du corps, atteignant des dimensions énormes; la mort se produisit au bout d'une semaine par insuffisance respiratoire et cardiaque. Il est difficile d'apporter des conclusions fermes sur le mécanisme de cette complication, l'emphysème gênant l'examen clinique et l'autopsie n'ayant pu être pratiquée. L'arrachement du nerf a-t-il produit une dilacération du tissu pulmonaire par suite d'adhérences anormales, la déchirure du poumon est-elle due à d'autres manœuvres opératoires? De toute façon, on retiendra que la phrénicectomie peut être dangereuse lorsqu'il y a dans l'apex pulmonaire une caverne de grandes dimensions, superficielle, se développant dans le sens médial, à parois scléreuses.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE *(Bologne)*

V. dall'Acqua. ***Les colites ulcéreuses graves non amibiennes*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **5**, n° 4, Juillet 1936, p. 303-338). — Les altérations inflammatoires du côlon ne peuvent être radiographiquement mises en



GOUTTES I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
15 à 20 GOUTTES matin & soir
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS, 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littératures : LABORATOIRES du Dr LAVOUE RENNES (France)

évidence avec exactitude que par l'examen du relief muqueux; mais la contractilité de la musculaire et la plasticité de la muqueuse rendent impossible toute confrontation rigoureuse entre les aspects radiographiques du vivant et les aspects nécropsiques; des lésions semblables donnent des images radiographiques très différentes et une lésion peut avoir à peu de distance des traductions diverses. Les anomalies radiographiques sont d'autant plus accentuées que l'inflammation de la tunique interne est plus intense; dans les inflammations légères, le relief interne ne présente souvent pas de caractéristiques le différenciant du relief normal. Dans les colites graves, les sels de contraste s'insinuant entre les « coussinets » anormalement saillants de la muqueuse forment des ombres en bande ou en ruban, parfois minces et aiguës, parfois grosses et trapues, souvent disposées en anneaux ou en formations isolées, quelquefois grêles et hachées comme un ruban en morceaux; le relief est d'autant plus rigide que la muqueuse est plus infiltrée et la paroi peut arriver à perdre son élasticité et sa distensibilité; sur les bords du côlon, les « coussinets » de la muqueuse se présentent comme des encoches; les sillons qui les séparent forment des dents plus ou moins saillantes, parfois mousses et curvilignes, parfois pointues et grêles; quand ils sont nombreux, rapprochés et pointus, on a l'aspect « en harmonica »; quand ils sont épais, assez distants, on a l'aspect « en tiroirs superposés »; lorsque l'infiltration œdémateuse est intense et diffuse, on a un relief très grossier qui a l'aspect d' « un terrain fraîchement hersé »; il n'est pas impossible que les ulcérations coliques puissent se traduire par des altérations du contour ou par des opacités de face, mais l'interprétation de telles images nécessite encore des contrôles nombreux. Il n'y a pas de modifications du relief interne absolument pathognomoniques des diverses colites spécifiques (tuberculose, syphilis, etc...); la localisation des lésions peut aider au diagnostic étiologique. D'une manière générale, il est plus difficile d'obtenir de bons aspects du relief interne dans une colite qu'à l'état normal, en raison des anomalies quanti et qualitatives des sécrétions intestinales. Quant aux anomalies de la motricité intestinale dans les inflammations coliques, elles ne sont pas pathognomoniques.

Lucien Rouquès.

F. Corelli. ***Action des extraits hépatiques sur la sécrétion gastrique*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **5**, n° 4, Juillet 1936, p. 378-381). — Les extraits hépatiques peuvent être utilisés en dehors de l'anémie pernicieuse, dans l'asthénie, l'hypochilie, la convalescence de certaines affections; ils n'agissent pas dans ces cas par le même mécanisme que dans l'anémie pernicieuse; c'est à leur action sur la sécrétion gastrique que doivent être attribués pour une grande part leurs bons effet. D'après 20 sujets, C. a constaté que l'injection intramusculaire d'extrait hépatique provoque une sécrétion gastrique toujours plus abondante et plus riche en acide chlorhydrique que celle qui est produite par le tubage fractionné à jeun; après injection intraveineuse d'extrait hépatique, la stimulation de la sécrétion gastrique a son maximum vers la 15e ou la 30e minute, puis diminue rapidement; avec l'histamine, au contraire, le maximum est obtenu vers la 30e ou la 45e minute et parfois plus tard. Dans 65 pour 100 des cas, la sécrétion déclenchée par les extraits hépatiques est moins abondante que la sécrétion histaminique; dans 20 pour 100, les sécrétions sont égales; dans 15 pour 100, la sécrétion par les extraits hépatiques est supérieure; mais les différences en plus ou en moins ne sont jamais très importantes. Chez les achyliques, il n'y a pas de différence importante entre l'action de l'histamine et des extraits de foie; dans un cas, l'extrait de foie a déclenché une sécrétion acide alors que l'histamine restait sans effet.

Les extraits hépatiques n'agissent pas sur la sécrétion gastrique par une action histaminique ou par l'intermédiaire du principe anti-anémique; il est possible qu'ils agissent par certains dérivés nucléiniques comme l'adénosine ou l'acide adénilique ou toute autre substance analogue; l'adénosine a, en effet, une certaine action sur la sécrétion gastrique tandis que certains extraits de foie, dépourvus de dérivés nucléiniques, n'ont aucune action sur cette sécrétion.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

E. Bullo et E. Polli. ***Les ferments du sérum à l'état normal et pathologique, particulièrement dans les maladies du foie*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **16**, n° 3, Juin 1936, p. 181-224). — Parmi les ferments du sérum sanguin, seules l'amylase et la lipase se prêtent à une étude précise de leur activité; la lipase est spécialement intéressante car, comme Rona l'a montré, on peut, par divers toxiques, scinder l'activité lipolytique totale du sérum en divers constituants qui ne varient pas dans le même sens. Après avoir discuté la signification fonctionnelle des ferments sériques et la modalité de leur passage dans la circulation, B. et P. rappellent que l'amylase et la lipase résistant à l'atoxyl ont la même origine pancréatique mais que la seconde est un indice plus sensible que la première des altérations de l'organe; la lipase résistant à la quinine provient de divers viscères, mais apparaît surtout dans le sérum lorsque le foie est touché; normalement, l'amylase et la lipase totale existent seules dans le sérum et les lipases résistant à la quinine ou à l'atoxyl n'y apparaissent que lorsque leurs parenchymes d'origine sont lésés. Les valeurs trouvées par les différents auteurs sont assez variables, surtout pour l'amylase et il importe que chaque auteur précise sa technique dans tous ses détails et indique les valeurs qu'il considère comme normales.

La *vieillesse*, l'*état de marasme*, les *maladies infectieuses graves* donnent lieu, en général, à une diminution des deux ferments. Dans la *tuberculose*, l'augmentation de l'amylase est d'un pronostic défavorable car elle se produit lorsque apparaissent les signes d'atteinte rénale; l'augmentation de la lipase est d'un pronostic favorable. Dans les *néphropathies*, l'amylasémie augmente du fait de l'imperméabilité rénale, tandis que la lipasémie ne varie pas; les urines, lorsqu'elles ne contiennent ni pus, ni flore bactérienne importante, n'ont aucune activité lipolytique. Dans la *maladie de Basedow*, l'amylase augmente ainsi que la lipase totale et la lipase résistant à l'atoxyl apparaît dans le sérum. Dans le *diabète*, l'amylasémie est dans la règle diminuée, mais peut être parfois augmentée; la lipasémie totale est nettement augmentée et il est très fréquent de déceler les lipases résistant à l'atoxyl et à la quinine. La lipase résistant à l'atoxyl apparaît avec une certaine fréquence dans le sérum au cours de l'*anémie pernicieuse*.

Dans les *cholécystites*, l'hyperamylasémie et la présence de lipase résistant à l'atoxyl confirment la fréquence de l'atteinte pancréatique; la présence de la lipase résistant à la quinine montre que le foie est presque toujours touché. Dans les *hépatites chroniques*, il est également fréquent de trouver la lipase résistant à l'atoxyl, indice d'une atteinte pancréatique. Dans *les cirrhoses hépatiques*, l'hyperamylasémie souvent observée est sous la dépendance des lésions rénales presque constantes; la baisse de la lipasémie est en rapport avec l'atteinte grave de l'état général. Dans les *cancers du foie*, les ferments ne sont pas modifiés sauf lorsque la cachexie amène une baisse de la lipase totale. Dans le *foie cardiaque*, l'hyperamylasémie dépend des altérations rénales; la lipase totale est dans la règle normale; les lipases résistant à l'atoxyl et à la quinine sont décelables.

Lucien Rouquès.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA
(Naples)

G. Cerulli. ***L'alcoolisation des nerfs dans l'herpès zoster intercostal*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. **17**, n° 15, 15 Août 1936, p. 689-695). — Il y a quelques mois, Buttafarri a proposé de traiter les zonas intercostaux par l'alcoolisation du nerf intercostal; indépendamment de lui, G. a pratiqué l'alcoolisation dans 5 cas de zonas avec douleurs intenses rebelles à toute thérapeutique; il a obtenu dans tous une sédation, puis une disparition très rapide des algies qui n'ont pas récidivé (la durée de la mise en observation des malades n'est pas précisée); l'alcoolisation est inoffensive; sa technique est simple et C. a suivi celle que Leotta a réglée pour l'alcoolisation des nerfs intercostaux dans la tuberculose pulmonaire; le choix du nerf à alcooliser ne sera pas fait d'après la douleur subjective toujours diffuse mais d'après la topographie de l'éruption et d'après les résultats de la recherche des points de Valleix que C. a toujours trouvés plus ou moins nettement.

Lucien Rouquès.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

J. Gutman. ***Méthode de préparation d'ambocepteur hémolytique contre le sang humain et son application pratique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **15**, n° 49, 6 Décembre 1936, p. 941-943). — Les recherches antérieures sur les processus hémolytiques ont démontré à G. les difficultés d'obtenir un sérum hémolytique ayant un haut pouvoir d'hémolyse. L'auteur s'attache à cette étude et rapporte une technique personnelle qu'il a adoptée pour pratiquer l'immunisation non spécifique des lapins contre le sang humain. Il s'inspire des travaux de Ramon sur la préparation des antitoxines et élabore une technique nouvelle qui consiste dans la pratique des injections de sang préparé, associées à la détermination simultanée de foyers d'infiltration sous-cutanés à l'aide d'un mélange de lanoline, d'huile de pétrole et d'essence de térébenthine. G. souligne l'effet avantageux de phénomènes locaux qui contribuent activement à l'utilisation plus parfaite de l'antigène. La valeur du sérum obtenu par cette méthode s'élève à 1 pour 1000. Utilisé dans un cas de carcinome planocellulaire du maxillaire supérieur à la période inopérable, le sérum a exercé une action favorable sur la douleur, a relevé l'état général du malade et ralenti la prolifération de la tumeur. Les effets thérapeutiques du sérum demandent la confirmation d'autres essais plus nombreux.

Fribourg-Blanc.

Mme J. Kowalczyk. ***La néphrite comme état allergique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **15**, n° 50, 13 Décembre 1936, p. 961-964). — La glomérulite diffuse est une affection au sujet de laquelle les précisions anatomo-pathologiques et pathogéniques sont difficiles à formuler, car, à la période de début, les vérifications sont rares. L'expérimentation sur les animaux de laboratoire crée des conditions artificielles où le parallélisme avec la pathologie humaine n'est pas absolu. Cependant les découvertes de Matazo Masugi, de Fahr et celles des autres auteurs modernes permettent de placer cette étude sur le terrain des processus inflammatoires hyperergiques et des lésions morphologiques allergiques. Les travaux de Masugi sur les néphrotoxines semblent réaliser les conditions correspondant à


PERUBORE


DRYCO

celles qu'on rencontre dans la pathologie humaine et prouvent que la glomérulite diffuse est un processus inflammatoire hyperergique. La question est complexe. Elle n'est pas définitivement résolue. Cependant, les recherches expérimentales faites dans cette voie et les observations cliniques confirment le bien fondé de l'opinion qui attribue à l'allergie dans la pathogénie de la glomérulite diffuse une place importante. Elle est théoriquement séduisante.

FRIBOURG-BLANC.

Mmes **Z. Czezowska** et **J. Jaworska** et **P. Kubikowski.** ***Recherches sur le taux de l'adrénaline du sang dans les affections rénales bilatérales et sur son rapport avec l'hypertension et l'élimination des substances azotées*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **16**, n° 5, 31 Janvier 1937, p. 81-84). — Les recherches entreprises dans le but d'étudier le rapport du taux de l'adrénaline du sang avec les lésions rénales et la pression sanguine démontrent qu'au cours des affections rénales évoluant avec hypertension, le taux de l'adrénaline est augmenté. Il existe un certain parallélisme entre le degré de l'hypertension et l'hyperadrénalinémie; cependant, les limites de ce parallélisme ne sont pas absolues. Ces constatations n'intéressent pas les malades dont les lésions vasculaires sont généralisées. Il existe une relation entre l'hyperadrénalinémie et l'hypertension d'une part et la rétention des corps azotés non albuminiques de l'autre. Ce rapport devient particulièrement évident chez les malades présentant des aggravations et des améliorations successives dans le fonctionnement rénal au point de vue des composés azotés. Cependant l'augmentation du taux de l'adrénaline du sang n'est ni un facteur unique ni l'élément primordial de l'hypertension au cours des affections rénales, dont l'origine est beaucoup plus complexe.

FRIBOURG-BLANC.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Rotnes. ***Recherches sur l'érythème noueux à l'âge adulte*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **17**, suppl. 3, 1936, p. 1-226). — R. a examiné 182 malades atteints d'érythème noueux. Sur ces 182 malades âgés de 15 à 56 ans, 60 cas entre 21 et 25 ans, 42 entre 26 et 30, puis la régression s'accentue avec l'âge. Les cas d'érythème noueux sont plus fréquents au printemps (Avril-Mai); c'est en été qu'ils sont le plus rares.

Les résultats des *réactions de Pirquet et de Mantoux* furent les suivants: 16 malades eurent une réaction positive, 59 une réaction très positive et 97 une réaction fortement positive avec vésiculation; soit un total de 94,5 pour 100 de réactions positives; 10 seulement (5,6 pour 100) eurent une réaction négative.

R. étudia par comparaison ces mêmes réactions sur 182 sujets de contrôle : il nota 58,7 pour 100 de résultats négatifs de 16 à 20 ans, 55,9 pour 100 de 21 à 25 ans, 12,1 pour 100 de 26 à 30 ans. 15,4 pour 100 de 31 à 35 ans, soit une moyenne de 39,6 pour 100 de réactions négatives contre 5,6 pour 100 dans l'érythème noueux.

Des *altérations pulmonaires* furent constatées aux rayons X chez 110 malades sur 181 (60,8 pour 100), 71 paraissaient récentes et 39 anciennes; il s'agissait d'adénopathie hilaire dans 20 cas, d'adénopathie hilaire avec lésions parenchymateuses dans 54 cas, de lésions du parenchyme seul dans 22 cas et d'autres altérations du hile dans 14 cas.

Les cuti-réactions à la tuberculine furent plus intenses chez les malades dont les lésions pulmonaires paraissaient récentes.

104 malades n'avaient présenté aucune lésion avant l'érythème noueux. Dans 23 cas, les malades avaient déjà eu des poussées d'érythème noueux; dans d'autres cas, on relève l'existence antérieure de pleurite, de tuberculose pulmonaire, de tuberculides papulo-nécrotiques, d'adénopathie cervicale, de lésions oculaires phlycténulaires.

Une contagion certaine ne fut constatée que dans 17 cas.

Les symptômes les plus fréquents, qui précèdent, accompagnent ou suivent l'érythème noueux sont: l'*angine* simple ou phlegmoneuse (30 pour 100 des cas), les *douleurs musculaires* ou *articulaires* (42 pour 100), rappelant le rhumatisme tuberculeux de Poncet. On note souvent une *leucocytose* modérée (11.000).

L'*histologie* d'une nodosité montre en dehors des processus phlébitiques connus des formations tuberculoïdes localisées surtout dans le tissu sous-cutané, avec cellules épithélioïdes et cellules géantes, sans nécrose caséeuse ni présence de bacilles de Koch.

On *inocula* à des cobayes des nodosités de 16 malades; on rechercha la *culture du bacille de Koch* dans le sang de 17 malades; on inocula le sang citraté de 20 malades au cobaye. ainsi que des *ganglions* suspects: toutes ces recherches donnèrent des *résultats négatifs.*

Sur les 137 malades, qui purent être suivis ultérieurement, 37 (27 pour 100) furent atteints de *lésions tuberculeuses:* 17 de pleurésie, 15 de tuberculose pulmonaire, 2 de tuberculose de ganglions bronchiques, 2 de méningite tuberculeuse, et 1 de tuberculose du sternum.

R. ne considère pas l'érythème noueux comme une entité morbide, mais comme une *manifestation cutanée de l'infection tuberculeuse.* Très rares sont les cas d'érythème noueux qui ne relèvent pas de l'étiologie tuberculeuse et qui sont causés par une autre infection.

R. BURNIER.

Hval. ***Méningite syphilitique gommeuse avec troubles hypophysaires (dystrophie adiposo-génitale)*** [*Acta dermato-venereologica*, t. **18**, fasc. 1, Février 1937, p. 64-80]. — Un homme de 43 ans, atteint d'obésité, mourut subitement dans la rue. Son poids était de 150 kilogr. pour une taille de 1 m. 72 et on apprit qu'à l'âge de 16 ans, il pesait déjà 120 kilogr. L'autopsie montra que la couche graisseuse sous-cutanée atteignait une épaisseur de plus de 15 cm. tandis que le système osseux et musculaire était peu développé; l'aspect était celui d'une dystrophie adiposo-génitale.

L'examen de la région hypophysaire montra la présence d'une méningite chronique périhypophysaire avec gomme du lobe antérieur de l'hypophyse. Il existait en outre une gomme volumineuse du lobe frontal droit avec méningo-encéphalite localisée.

Il est vraisemblable qu'il s'agit d'un cas de syphilis héréditaire, qui a déterminé dans le jeune âge une lésion gommeuse hypophysaire, cause de la dystrophie adiposo-génitale, et plus récemment est apparue une gomme du lobe frontal droit qui a causé la mort subite.

R. BURNIER.

Carol et **Prakken.** ***La forme cutanée de la périartérite noueuse*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **18**, fasc. 1, Février 1937, p. 102-118). — Une malade de 19 ans se plaignait depuis quelques années de douleurs des pieds avec gonflement, considérées comme d'origine rhumatismale. Puis apparurent aux pieds, ainsi qu'aux poignets, de petites nodosités violacées, douloureuses à la pression, grosses comme un pois; il existait également aux poignets des troubles vasculaires sous forme de *livedo racemosa.*

On pensa d'abord à des lésions d'origine syphilitique, mais des traitements bismuthiques demeurèrent sans effet.

La biopsie d'une nodosité montra les lésions typiques de périartérite noueuse: altération des tuniques artérielles, lumière artérielle remplie d'un amas de leucocytes, lymphocytes et fibroblastes; infiltrat périvasculaire.

Ces lésions sont identiques à celles qui ont été décrites en 1866 par Kussmaul et Maier sous le nom de *periarteriitis nodosa*, d'étiologie inconnue, et s'accompagnant habituellement de mal de Bright et de paralysie musculaire progressive.

Chez la malade, on ne constata aucune lésion interne. Il s'agit donc d'une forme purement cutanée de la périartérite noueuse, dont quelques observations ont été déjà publiées.

R. BURNIER.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Genève-Lausanne)

G. Piotrowski (Genève). ***L'action des vitamines du groupe B sur le métabolisme des hydrates de carbone*** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, t. **57**, n° 4, 25 Mars 1937, p. 212-228). — L'injection unique de 1/10 de milligramme de lactoflavine ou de 50 unités de vitamine B_1 ne produit aucune modification du taux de la glycémie à jeun, chez le lapin. L'injection quotidienne, répétée 6 jours, n'a pas plus d'action. L'action de ces produits est légère sur l'hyperglycémie provoquée du lapin. Les vitamines B ont une action renforçante sur l'hypoglycémie insulinique: l'hypoglycémie est plus durable et a un taux plus bas. Elles ont une influence légère sur la glycémie de rats en hypovitaminose B.

Les vitamines B activent la glycolyse du sang normal et diabétique dans 50 pour 100 des cas; elles accélèrent le processus de glycolyse par le colibacille, la diastase, le *saccharomyces cerevisiæ.* L'activation se fait aussi bien aux dépens des mono que des disaccharides. Il paraît s'agir d'un phénomène catalytique.

Ces facteurs vitaux empêchent dans une certaine mesure la formation d'acide lactique *in vitro*, et ne semblent pas diminuer la lactacidémie chez les animaux en hypovitaminose B.

Entre la vitamine extraite de la balle de riz et celle extraite de la levure de bière, et aussi suivant les provenances, il y a des différences d'action, soit que la constitution chimique ne soit pas la même, soit qu'il y ait présence de coferments, soit qu'il existe des impuretés.

La plupart des expériences ont été faites avec de la lactoflavine ou avec une vitamine B_1 extraite de la balle de riz.

ROBERT CLÉMENT.


TRAITEMENT EXTERNE
DU
RHUMATISME
des Névralgies et Lumbago
par
L'ULMARÈNE
du Docteur GIGON
Succédané Inodore du Salicylate de Méthyle
Laboratoire des Produits du Dr GIGON
A. FABRE, Pharmacien
25, Bd Beaumarchais - PARIS

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

Desplats et Langeron. *Huit années de pratique de la radiothérapie des régions surrénales dans les artérites oblitérantes* (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. **21**, n° 4, Avril 1937, p. 152-153). — D. et L. sont, depuis 1929, fidèles à la méthode qu'ils ont préconisée, c'est-à-dire à l'irradiation des *régions surrénales* (régions para-vertébrales de D XI à L III, 130 KV, filtration de 5 à 7 mm Al, 900 « r » par région, droite et gauche, en 4 séances alternées de 2 en 2 jours), qui, en dehors des capsules surrénales, répond à la chaîne sympathique paravertébrale, au plexus périaortique, aux voies sympathiques cutanées et profondes, répondant ainsi à ce que Gouin et Bienvenue appellent une radiothérapie mixte, et qui est, en réalité, une *radiothérapie neuro-glandulaire*.

Une statistique de près de 200 cas traités par cette technique fournit aux auteurs des résultats de l'ordre suivant : 62,5 pour 100 de résultats bons, 5 pour 100 d'échecs complets, 22,5 pour 100 de résultats partiels.

Si l'on met à part 10 échecs complets chez des malades atteints d'embolies, de thromboses ou d'anévrysmes, D. et L. arrivent aux conclusions suivantes : ce sont les *artérites diabétiques* qui donnent les résultats les plus constants, tant sur les ulcérations que sur les douleurs, sans pourtant que le traitement mette à l'abri des récidives. Les *artérites juvéniles* (thrombo-angéites) donnent un nombre appréciable de succès, à condition d'être traitées de bonne heure et d'être soumises à une surveillance attentive.

Les *artérites séniles* (angio-scléroses) sont moins heureusement influencées bien que, dans des cas désespérés, il ait été possible d'éviter des amputations; ce sont là cependant des cas qui demandent un traitement tenace, auquel on ajoutera de préférence des séries intercalaires d'ondes courtes locales (Delherm), et une posologie particulière consistant essentiellement en doses allant en diminuant à chaque séance.

L'avantage du traitement par les radiations, en dehors de la possibilité de le renouveler, consiste surtout dans le fait qu'il « peut s'adapter à chaque cas par des doses plus ou moins fortes et plus ou moins longtemps renouvelées ». Il faut ajouter aussi que la roentgenthérapie a pu procurer d'heureux résultats alors que la sympathectomie périfémorale avait été pratiquée sans succès.

Il est évident que la roentgenthérapie ne saurait se passer des règles générales que comporte le traitement général de ces malades.

S'il est possible, dans certains cas, d'obtenir des améliorations durables, compatibles avec une existence normale, il faut savoir ne pas trop compter sur le retour, possible pourtant, des oscillations disparues.

Morel Kahn.

REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

Barré. *Le syndrome pyramidal déficitaire* (*Revue Neurologique*, t. **67**, n° 1, Janvier 1937, p. 1-41). — L'analyse clinique permet de séparer dans le plus grand nombre de syndromes pyramidaux courants deux syndromes élémentaires : un syndrome irritatif et un syndrome déficitaire possédant chacun leur séméiologie particulière.

Le syndrome pyramidal déficitaire peut exister à l'état pur, et B. décrit les symptômes permettant d'en déceler l'existence. La manœuvre de la jambe de B. est la plus couramment employée, et la plus sensible. Signalons avec elle la manœuvre de la flexion combinée de la cuisse sur le tronc de Babinski, et la manœuvre du psoas de Mingazzini. A ce propos il insiste sur les différences montrées par la manœuvre de la jambe dans les lésions d'origine centrale et les lésions du neurone périphérique.

Au membre supérieur, la manœuvre du bras tendu, l'épreuve de l'écartement des doigts peuvent mettre en lumière un déficit pyramidal.

A la face la manœuvre de l'orbiculaire permet de distinguer les paralysies faciales périphérique et centrale.

Parmi les éléments du syndrome pyramidal déficitaire figurent encore : la réduction des mouvements automatiques dans la marche, l'hypotonie musculaire. Les réflexes tendineux sont normaux ou diminués ; les réflexes cutanés sont souvent normaux ; l'hypotonie est de règle.

Le syndrome pyramidal déficitaire relève soit d'une compression des voies de la motilité volontaire (surtout à leur origine) ; soit de l'ischémie simple ; soit d'une intoxication (gaz d'éclairage, sulfure de carbone).

Le syndrome pyramidal déficitaire peut être partiel, et n'intéresser que la face, les membres supérieur ou inférieur, ou même seulement certains groupes musculaires.

Ce syndrome peut ne pas rester isolé, et s'associer à d'autres syndromes neurologiques : syndrome pyramidal irritatif ; troubles moteurs par lésions du neurone périphérique ; troubles moteurs extra-pyramidaux ; syndrome vestibulo-spinal ; syndrome cérébelleux ; troubles sensitifs.

H. Schaeffer.

Froment. *L'accident hystérique pithiatique et la physio-pathologie dite hystérique* (*Revue Neurologique*, t. **67**, n° 2, Février 1937, p. 154-196). — Cet important mémoire constitue le plaidoyer le plus éloquent qui ait été écrit pour défendre la conception de Babinski de l'hystérie.

F. dans un historique passe d'abord en revue les conceptions de l'hystérie antérieures à Charcot, celle de Charcot, celle de Babinski bien connue de tous, et les opinions diverses émises sur l'hystérie dans de récents congrès, tant en France qu'à l'étranger.

Les publications récentes, celles de Van Bogaert et de Marinesco en particulier, sont en contradiction formelle avec les idées de Babinski. Elles admettent l'existence d'un fond mental particulier chez l'hystérique, elles admettent surtout l'existence d'une physio-pathologie dite hystérique. L'erreur vient de ce que les uns et les autres ne parlent pas la même langue, ne donnent pas aux mots le même sens. « Les uns tiennent pour hystérique tout ce qui paraît psychogène, tout ce qui est réversible ou à bien peu s'en faut, tandis que les autres ne tiennent pour tel que ce qui est et ce qui demeure à la merci du psychothérapeute habile. »

Et F. discute successivement le rôle de la suggestion, de la simulation, de l'émotion, dans la genèse des accidents hystériques. Il montre comment les observations rapportées par Marinesco et Van Bogaert n'ont pas trait en fait à des hystériques. Il montre les différences existant entre certains syndromes extrapyramidaux que l'on a eu tendance à rapprocher des accidents pithiatiques, et les vrais accidents pithiatiques.

Si des divergences persistent entre les auteurs, c'est que les limites cliniques de ce qu'il convient d'appeler « accident hystérique » ne sont plus les mêmes pour tous. Il convient donc de se mettre avant tout d'accord sur les termes afin de s'entendre sur les faits et leur interprétation. Les divergences actuelles semblent donc porter avant tout sur une question de mots.

H. Schaeffer.

A. Souques. *Névralgie du plexus lombaire survenue brusquement au cours d'un effort; sa pathogénie* (*Revue Neurologique*, t. **67**, n° 3, Mars 1937, p. 305-312). — S. rapporte 2 cas de névralgie du plexus lombaire superposables étiologiquement et cliniquement. Dans les deux cas : début subit au cours d'un effort ; atteinte de la totalité ou presque des branches du plexus ; guérison en 1 ou 2 mois.

Pour expliquer le mécanisme de ces algies il convient de rappeler que l'effort s'est produit au moment où les cuisses et le tronc étaient fléchis synergiquement sur le bassin. Dans cette attitude la colonne lombaire normalement à convexité antérieure présente une courbe à concavité antérieure. Dans cette attitude les insertions du psoas sont reportées en arrière, et si ce dernier se contracte les branches du plexus lombaire qui le traversent vont subir une élongation et une compression.

L'atteinte des branches du plexus relève-t-elle d'une rupture des fibres du psoas avec hématome intramusculaire ? Est-elle due à une compression des nerfs lombaires au niveau des apophyses transverses ? Cette seconde hypothèse semble plus séduisante que la première à S.

S. se demande si certaines formes atténuées du lumbago ne relèvent pas de ce mécanisme, en particulier pour celles qui surviennent après l'accouchement, comme l'ont signalé Léopold Meyer, Ernst et Hauch.

Ces névralgies du plexus lombaire se rapprochent par leur étiologie des névrites apoplectiformes sur lesquelles Crouzon et Lhermitte ont attiré l'attention.

H. Schaeffer.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin, Prague, Vienne)

V. Reichmann (Bochum). ***A propos de l'origine de la silicose*** (*Medizinische Klinik*, t. **33**, n° 7, 12 Février 1937, p. 226-229). — R., médecin-chef d'un important hôpital du bassin de la Ruhr, examine les différentes hypothèses émises sur les causes de la silicose. Le trait caractéristique est, selon tous les auteurs, le petit « nodule silicosique », d'une structure spéciale, petit nodule dont l'accroissement et la fusion avec d'autres nodules amènent la formation de véritables blocs.

Certains auteurs prétendent que l'inhalation de poussière, libre de toute trace d'acide silicique, amènerait une transformation des poumons qui présenteraient alors un aspect radiologique semblable à celui de la silicose. En tout cas, l'examen nécropsique pourrait seul amener un diagnostic certain et non la seule radiographie.

On a cru également que le contenu des pierres en substances radio-actives interviendrait dans la genèse de la silicose. Il ne semble pas, tout au

moins actuellement, qu'il y ait là de relation quelconque de cause à effet, car on a observé que tantôt la silicose était favorisée, tantôt elle était retardée par la présence de substances radioactives.

Enfin, on a voulu incriminer la séricite. On a voulu appuyer cette théorie sur le fait que l'on trouvait dans les poumons, très souvent, une masse de petites pointes de séricite, mais pas d'acide silicique dans les masses fibreuses. Mais R. fait remarquer que des silicoses graves se développent même sur des territoires où il n'y a pas de séricite dans les pierres. Enfin, selon R. l'absence d'acide silicique serait due à une élimination dans tous le corps.

R. a examiné en tout plus de 20.000 cas de silicose et il a toujours constaté qu'*aucune silicose ne s'était formée sans inhalation d'acide silicique.* Souvent, il a fallu rechercher très loin la trace de cette inhalation, mais toujours on a pu la prouver. R. ne conteste pas qu'en dehors de l'acide silicique d'autres éléments minéraux peuvent causer des lésions de cet ordre, et que le terrain constitutionnel des ouvriers était important (constitution des poumons, disposition anatomique et quantité de poussières respirées). Mais il conclut ainsi: jamais de silicose sans respiration d'acide silicique, pas de respiration d'acide silicique pendant 20 à 30 ans sans silicose (dont la gravité peut d'ailleurs être variable).

Guy Hausser.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN

(Leipzig)

F. Berner. ***Exploration fonctionnelle du côlon pathologique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. **55**, Mars 1937, p. 211-231). — B. s'est attaché à l'étude de la motilité propre du côlon et, dans ce but, a eu en particulier recours à l'emploi de la *kymographie.* Pour se rendre compte du cheminement à travers le côlon des matières, il a utilisé de petites billes opaques que des marques particulières permettaient d'identifier.

B. a employé une préparation de lobe postérieur de l'hypophyse pour étudier les réactions du côlon, aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique; il a conclu de ses recherches que le côlon possède une motilité intrinsèque notable et que la progression du contenu colique est, pour une large part, conditionnée par ces mouvements. Si le phénomène de *vis a tergo* des anses iléales semble être en rapport avec les réactions coliques, celui-ci cependant ne saurait, seul, intervenir pour expliquer la progression de l'importante masse colique dans les états pathologiques.

Dans les affections inflammatoires du côlon, le « signe de Stierlin » est conditionné pour la plus large part par la sécrétion d'origine inflammatoire du segment intestinal primitivement atteint. B. a étudié des constipations de formes variées et expose les résultats obtenus sous le contrôle de la radiographie.

Comme le côlon, dans certaines conditions, et en dehors même de toute excitation consécutive à l'ingestion d'aliments, l'intestin grêle a également une motilité propre.

B. conclut de ses recherches qu'en dehors de l'examen radiologique classique, il est possible de pousser beaucoup plus avant l'étude fonctionnelle du côlon pathologique en ayant recours à des injections intraveineuses d'extraits de lobe postérieur de l'hypophyse comme « l'hypophysin » et le « pituglandol ». On peut ainsi élargir notablement les possibilités de diagnostic et, d'un autre côté, il devient facile de se faire une opinion sur les applications thérapeutiques faites en vue d'agir sur le fonctionnement colique. A un point de vue plus général, on obtient ainsi des connaissances plus complètes sur la physio-pathologie du gros intestin.

Il est bon de doser les injections en fonction de chaque cas pris en particulier; cette précaution permet d'atténuer très notablement, sinon même de supprimer, les incidents désagréables qui peuvent parfois survenir. De nombreuses radiographies, dont quelques radiokymogrammes se rapportant à des états pathologiques divers, illustrent ces recherches.

Morel Kahn.

M. Dahm. ***Les bandes opaques de traction du médiastin et leurs mouvements*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. **55**, Mars 1937, p. 266-273). — Quand un pneumothorax exerce une pression suffisante, on peut observer un déplacement des organes du médiastin vers la partie opposée de la cage thoracique; mais on peut constater en outre, ainsi que l'ont signalé les premiers Brauer et ses élèves, des modifications apparentes à l'examen radiologique, de la région antéro-supérieure du médiastin; celles-ci sont consécutives à une traction exercée par la plèvre et se traduisent par l'apparition d'une fine opacité arciforme, convexe en dehors, au-dessus de la région hilaire.

L'interprétation de cette opacité linéaire est souvent difficile et ne saurait affirmer s'il s'agit d'un simple processus de traction, ou d'une hernie vraie de traction de la partie moyenne de voisinage du poumon qui serait également entraîné.

Ces bandes de traction se déplacent latéralement pendant l'inspiration, en dedans et en arrière, vers le médiastin pendant l'expiration, ainsi qu'en témoignent en particulier des radiokymogrammes.

D. rapporte des observations de ces aspects particuliers et en discute le diagnostic différentiel: il rapporte également un cas de hernie de traction du médiastin siégeant du même côté qu'un pneumothorax.

Morel Kahn.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN

(Leipzig)

H. Streudel. ***La méthode de la digestion artificielle et son importance pour l'étude pratique de la nutrition*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **58**, n° 7, 13 Février 1937, p. 129-143). — Les méthodes ordinairement utilisées pour analyser le métabolisme des aliments dans l'organisme donnent des chiffres sommaires dont on peut tirer d'importantes conclusions, mais qui ne renseignent guère sur les processus intimes de la digestion des aliments. De son côté, la méthode des fistules n'a qu'une valeur limitée, car elle crée des conditions non physiologiques.

Pour pénétrer plus intimement dans l'étude des processus digestifs, S. recommande la méthode des digestions artificielles. La pureté des ferments que l'on trouve maintenant dans le commerce et leur dosage précis permettent d'améliorer grandement cette méthode qui offre l'avantage de travailler complètement à l'abri de la fermenattion et de la putréfaction, sans l'intervention des bactéries. De plus, on peut interrompre à volonté le processus digestif pour étudier les produits intermédiaires.

S. a fait ainsi des recherches instructives sur la digestibilité des divers aliments. Il a déterminé d'abord la teneur en eau, en azote et en cendres ainsi que la chaleur de combustion des divers aliments; puis la quantité d'aliments non digérés; enfin, il a déterminé dans ce reste les mêmes substances que dans le matériel initial. De la mesure de la valeur calorique des déchets, il a pu tirer des conclusions sur leur composition approximative. Il a vu ainsi que la digestibilité du pain lors de l'épreuve de la digestion artificielle se montre bien moindre qu'avec la méthode habituelle de mesure des combustions respiratoires. De même, les légumineuses ne sont qu'incomplètement digestibles. Par contre, le riz offre une grande digestibilité. La meilleure utilisation de la viande ressort de ces essais; malgré son prix plus élevé, elle revient encore à meilleur compte que les légumineuses parce que mieux utilisée. Le régime végétarien ne convient guère qu'aux sujets doués d'un bon intestin, vivant au grand air. L'alimentation exclusive par les crudités surcharge l'intestin et est onéreuse.

La pratique de cette méthode a montré à S. combien il faut se méfier des tables indiquant numériquement la composition des aliments et leur valeur calorique pour établir un régime. La composition des aliments est éminemment variable et individuelle, de nombreux facteurs (sol, fumure, etc.) pouvant la modifier.

P.-L. Marie.

H. L. Meiling. ***L'emploi pratique des baies d'aubépine comme vecteurs de vitamine C dans l'alimentation quotidienne*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **58**, n° 14, 3 Avril 1937, p. 289-303). — Les baies d'aubépine renferment 500 milligr. d'acide ascorbique pour 100 grammes de baies, ce qui les place au tout premier rang des fruits et legumes vecteurs de vitamine C. M. donne des recettes pour la préparation de l'infusion et de la marmelade de baies. Ses recherches montrent que ces préparations convenablement exécutées contiennent le taux maximum de vitamine C sous une forme très agréable au goût et très bien tolérée. La marmelade en particulier convient bien aux épreuves de saturation de l'organisme par la vitamine C, comme l'indiquent les courbes d'élimination urinaire de cette vitamine.

M. a démontré chez l'animal la valeur antiscorbutique de la marmelade d'aubépine. Elle met les cobayes à l'abri du scorbut et provoque un accroissement de poids. Par ailleurs, chez les cobayes que l'on infecte avec du pneumocoque la marmelade à dose minimale possède la même action favorable sur l'infection que l'injection d'acide ascorbique à dose équivalente.

La marmelade a sur l'infusion cet avantage qu'on peut se la procurer à toute époque de l'année. Les pays où l'aubépine croît naturellement possèdent donc un aliment populaire riche en vitamine C, facile à adjoindre à la nourriture journalière. 40 gr. de marmelade avec leurs 56 milligr. d'acide ascorbique couvrent les besoins quotidiens de l'adulte en vitamine C.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES

(Philadelphie)

E. A. Gorvett et E. S. Talbot. ***L'aveuir physiologique et symptomatique à la suite de la gastrectomie subtotale*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **193**, n° 3, Mars 1937, p. 345-354). — G. et T. ont étudié la fonction sécrétoire, l'hématologie, la motricité et les suites post-opératoires chez 26 patients ayant subi la gastrectomie subtotale.

Chez 65 pour 100, ils ont trouvé une anachlorhydrie post-opératoire, plus fréquente avec les ulcères gastriques qu'avec les ulcères duodénaux. Une courbe d'acidité élevée avant l'opération ne signifie pas nécessairement que la courbe sera élevée après l'intervention. Le reflux de la bile semble jouer un grand rôle dans la production de l'anachlorhydrie.

Seul un patient présenta une anémie secondaire relative.

La durée de l'évacuation chez ces opérés se montra d'ordinaire diminuée.

On ne constata pas de dilatation ni d'hypertrophie post-opératoire de l'estomac.

58 pour 100 des opérés présentaient des symp-

tômes d'irritation intestinale (selles molles, crampes, flatulences, etc.).

Parmi ces 26 opérés, 2 présentèrent une récidive, sous forme d'ulcère marginal ou jéjunal.

P.-L. Marie.

F. C. Wood et C. C. Wolferth. ***Tolérance de certains cardiaques pour diverses attitudes de décubitus*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **193**, n° 3, Mars 1937, p. 354-378). — Certains cardiaques, capables de rester couchés confortablement dans une position, ne peuvent en supporter une autre. C'est là le phénomène de la « tropopnée ». La dyspnée et la gêne précordiale sont les symptômes le plus souvent ressentis dans une des positions horizontales et soulagés par une autre. La toux et la douleur angineuse sont moins fréquemment constatées. On note aussi de la fatigue, des étourdissements et des palpitations. Ce sont là les mêmes symptômes qui amènent le malade orthopnéique à s'asseoir.

Les patients présentant ce syndrome ont d'ordinaire une augmentation considérable du volume du cœur et une diminution marquée de la capacité fonctionnelle cardiaque. Les symptômes peuvent varier d'intensité avec les changements survenant dans l'état clinique du malade. Il n'existe pas de corrélation apparente entre l'attitude que préfère le malade et une caractéristique cardio-vasculaire bien définie, telle qu'un type de lésion, un type d'insuffisance, un type de conformation du cœur.

L'observation des malades, quand ils se trouvent dans l'attitude défavorable, montre que la dyspnée qu'ils ressentent est probablement un phénomène subjectif, une sensation de suffocation, qui peut ou non s'accompagner d'un accroissement manifeste de la vitesse ou de la profondeur de la respiration.

L'étude radiologique montre que le cœur peut se mouvoir considérablement quand le malade se met sur un côté ou sur l'autre, que l'intensité des symptômes n'est pas proportionnelle au déplacement du cœur, que la forme du cœur et de l'arc aortique peut varier notablement quand le sujet change de position et que chez le malade en décubitus latéral le cœur est soulevé à chaque inspiration, et parfois sur une distance de plusieurs centimètres.

La capacité vitale ne tend pas à devenir plus grande dans la position couchée la plus favorable que dans l'attitude la plus défavorable.

Quand le phénomène de « tropopnée » est marqué, les malades ne prennent pas la nuit leur position la plus défavorable, même endormis. Ceux chez qui le phénomène est moins accentué sont trouvés parfois dans une position défavorable durant le sommeil, bien qu'ils nient pouvoir la tolérer.

Les observations faites sur le pouls, la pression artérielle, l'état des veines du cou et les bruits cardiaques n'ont pas fourni de renseignements intéressants. Les électrocardiogrammes n'ont pas montré dans les positions défavorables de modifications qui puissent être attribuées sûrement à un changement dans le fonctionnement du cœur.

Un sujet non cardiaque et n'ayant pas de préférence pour un décubitus particulier présenta un débit cardiaque moindre sur le côté gauche que sur le côté droit.

W. et W. pensent que le changement de position du cœur, accompagné de torsion des gros vaisseaux dans le médiastin, est la cause probable de la « tropopnée ». Le retour du sang veineux venant des poumons pourrait être facilement gêné par ce mécanisme.

P.-L. Marie.

P.-M. Joffe et N. Jolliffe. ***L'acidité gastrique chez les alcooliques. Observations sur les rapports entre les vitamines B et l'achlorhydrie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **193**, n° 4, Avril 1937, p. 501-510). — L'alcool passe pour entraver la sécrétion gastrique, mais les recherches précises sur cette question sont rares et peu concluantes. Aussi J. et J. ont-ils étudié la courbe de l'acidité chez 105 alcooliques chroniques. Ils ont constaté que, tandis que la fréquence de l'achlorhydrie dans un groupe de sujets normaux du même âge et du même sexe serait de 11 pour 100, chez leurs alcooliques elle atteignait 33 pour 100. Divisant leurs patients en 3 catégories: sujets sans complications, sujets ayant des signes de polynévrite, sujets pellagreux, ils ont noté une achlorhydrie respectivement chez 15, 29 et 52 pour 100. L'achlorhydrie ne se montra indépendante du degré ou de la durée de l'alcoolisme; elle ne se montra pas plus fréquemment chez les sujets présentant une anémie macrocytaire ou les troubles les plus marqués du fonctionnement hépatique appréciés au moyen de la bromsulphaléine.

J. et J. discutent l'existence possible d'un facteur préventif de l'achlorhydrie à l'intérieur du complexe qu'est la vitamine B, mais qui ne se confond ni avec la vitamine B ni avec la fraction préventive de la pellagre. Ils concluent : 1° que l'alcool en lui-même n'est pas la cause de l'achlorhydrie chez les alcooliques; 2° que le facteur prévenant l'achlorhydrie est probablement présent dans le complexe vitamine B. P.-L. Marie.

L. Gunther et H. H. Blond. ***L'emploi précoce de l'acide carbonique dans la pneumonie*** (*The American Journal of medical Sciences*, t. **193**, n° 4, Avril 1937, p. 525-534). — L'inhalation d'acide carbonique qui a fait ses preuves en chirurgie en prévenant et en combattant les complications pulmonaires, ainsi qu'en obstétrique en triomphant de l'atélectasie des nouveau-nés, mérite d'après G. et B. une place dans le traitement des bronchopneumonies et de la pneumonie, où elle aurait pour effet de provoquer une respiration plus profonde, empêchant l'accumulation de l'exsudat pneumonique avant l'hépatisation, c'est-à-dire avant que les effets fâcheux de l'obstruction aient le temps d'atteindre leur complet développement.

L'inhalation doit être commencée, si possible, dans les 48 premières heures. La première inhalation provoque un réflexe tussigène intense à la suite duquel une abondante expectoration purulente se produit. Un sommeil reposant succède. L'évolution est abrégée, surtout dans la broncho-pneumonie. La durée moyenne de la fièvre dans cette dernière fut de 4 jours, et de 5 jours dans la pneumonie. Dans les deux affections, la défervescence se produisit rapidement. La mortalité s'abaissa nettement, tombant à 4 pour 100 contre 17 pour 100 chez les patients traités par d'autres méthodes.

P.-L. Marie.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

E. P. Joslin, H. F. Root, P. White, A. Marble et A. P. Joslin. ***Coma diabétique*** (*Archives of internal Medicine*, t. **59**, n° 2, Février 1937, p. 175-196). — J., R., W., M. et J. ont traité, depuis 1923, 318 cas de coma diabétique ayant une réserve alcaline de 20 vol. ou moins, sans donner d'alcalins, avec une mortalité de 11,9 pour 100. Parmi les 42 derniers cas traités ils n'ont eu que 3 décès, soit une mortalité de 7 pour 100. Dans 1 de ces 3 cas mortels, on n'avait pas fait d'insuline par suite d'une erreur de diagnostic. Un autre patient succomba 8 jours après guérison de son acidose aux suites d'une infection urinaire. Le troisième mourut d'une arthrite suppurée du genou, son acidose étant guérie depuis 20 jours déjà.

Si l'on considère à part les enfants âgés de moins de 15 ans au moment du coma, on constate qu'il n'y a eu qu'un seul décès sur 87 malades ayant une réserve alcaline de 20 vol. ou moins.

Tant que des résultats meilleurs que ceux-ci n'auront pas été rapportés, J., R., W., M. et J. ne voient pas de raison d'adopter des procédés plus compliqués tels que l'usage des alcalins ou du lactate de sodium qui, aux mains de leurs promoteurs, ont donné moins de guérisons.

Il n'est pas possible de formuler une règle générale concernant l'administration de l'insuline lors du coma diabétique, car il faut tenir compte de la gravité du coma précisée par la clinique et le laboratoire, de l'âge, du poids du corps, de la durée du diabète et de celle du coma, ainsi que du traitement précédemment suivi, en particulier avec l'insuline. Croyant que l'on ne peut prédire l'évolution du coma diabétique 6 heures à l'avance, J., R., W., M. et J. désapprouvent la méthode qui consiste à donner une dose unique d'insuline jusqu'à la fin de cette période.

Les résultats relatés ici ont été obtenus avec: 1° l'insuline injectée sous la peau et parfois dans les veines, toutes les 15 ou 30 minutes à la dose de 20 à 50 unités, parfois même 100 unités, la dose quotidienne atteignant 200 unités dans les cas de gravité moyenne; 2° les injections abondantes de solution physiologique sous la peau et souvent dans les veines pour combattre la déshydratation; 3° le lavage de l'estomac dans presque tous les cas, à moins que le médecin traitant ne prenne la complète responsabilité de son omission; 4° une quantité de boisson ne dépassant pas au début 100 cmc par heure; 5° des injections intraveineuses ou sous-cutanées de glycose, à moins que le patient ne prenne 50 gr. d'hydrates de carbone solubles ou plus dans les 12 premières heures et la même quantité dans les 12 heures suivantes; 6° le maintien d'une bonne circulation, en particulier grâce à l'éphédrine et à l'adrénaline, pour relever la pression artérielle tombée.

P.-L. Marie.

I. H. Page et G. J. Heuer. ***Traitement de l'hypertension essentielle et maligne par la section des racines nerveuses antérieures*** (*Archives of internal Medicine*, t. **59**, n° 2, Février 1937, p. 245-298). — Aucun traitement médical n'ayant jusqu'ici réussi à abaisser durablement la pression dans l'hypertension artérielle essentielle, il est naturel de songer à son traitement chirurgical. Des preuves de nature variée indiquent que, faisant partie d'une vaso-constriction plus généralisée, les vaisseaux du territoire splanchnique sont rétrécis chez les sujets atteints d'hypertension essentielle ou maligne. Puisque l'on ne connaît pas de contre-indication interdisant de faire baisser la pression chez de tels malades, il semble justifié d'essayer de supprimer le contrôle vasomoteur extrinsèque dans ce domaine en sectionnant les racines antérieures dans l'espoir de faire diminuer la pression. C'est ce qu'ont fait P. et H. chez 17 patients. La section a porté sur les racines de la VI° dorsale à la II° lombaire des deux côtés.

Ils n'ont pas cherché à sélectionner les malades: 6 avaient une hypertension bénigne remontant à de longues années; 3 d'entre eux présentaient des altérations vasculaires modérées, 3 des lésions graves; 6 étaient de jeunes femmes présentant les signes du « syndrome diencéphalique hypertensif » (apparition spontanée de marbrures rouges à la face et à la partie supérieure de la poitrine, sueurs, larmoiement, palpitations, émotivité, hypertension légère); 5 avaient une hypertension maligne. Les résultats opératoires ne sont donc pas comparables, sauf dans les sous-groupes.

De l'observation des patients qui se prolongea de 8 à 37 mois après l'intervention, on put tirer les enseignements suivants: 1° 3 sujets chez lesquels la maladie s'annonçait grave, mais était encore peu accentuée et ne s'accompagnait pas de lésions vasculaires avancées, furent améliorés; 2° parmi 3 patients ayant une atteinte plus marquée et datant de loin, avec des lésions scléreuses accentuées, mais bénignes, l'un d'eux réagit favo-

rablement à l'opération; la céphalée fut soulagée chez les deux autres, mais les progrès de la maladie ne furent pas arrêtés; 3° les 6 jeunes femmes présentant le syndrome diencéphalique hypertensif furent améliorées; 4° 3 des malades atteints d'hypertension maligne n'eurent aucun bénéfice tandis que les 2 autres semblèrent s'amender.

L'amélioration se traduisit par une baisse prolongée de la pression, l'atténuation de la céphalée et de la fatigabilité. Chez certains malades on nota, en outre du relâchement du spasme des artères de la rétine (11 cas), la résorption d'exsudats rétiniens, la disparition de l'œdème de la papille (3 cas) et du glaucome secondaire (1 cas), la diminution légère des dimensions de l'ombre cardiaque (8 cas) et la disparition de l'inversion de T en dérivation 1 (2 cas). La pression mesurée pendant 2 ans et demi tendit à remonter lentement chez la plupart des malades, mais non chez tous. Il ne faut donc pas se hâter de formuler des conclusions définitives sur les résultats éloignés.

Malgré l'existence de lésions vasculaires marquées chez certains malades, une baisse notable de la pression se produisit et persista longtemps après l'opération. Les altérations des vaisseaux ne rendent donc pas compte de la persistance de l'hypertension.

Le fonctionnement du rein, évalué au moyen de l'élimination uréique et du pouvoir de concentration, ne fut pas modifié, ni par la dénervation partielle des reins résultant de l'opération, ni par la baisse de la pression.

Chez les patients présentant le syndrome diencéphalique hypertensif un abaissement marqué de la pression n'amena pas la disparition du syndrome, qui, s'il traduit une irritation des centres végétatifs du tronc cérébral et n'est pas supprimé par la baisse de la pression, n'est probablement pas causé par l'élévation de cette dernière.

L'opération de la laminectomie à elle seule ne diminue pas la pression au delà de quelques semaines. Une myélite transverse siégeant au niveau du XI° segment thoracique la fit baisser pendant longtemps (un malade fut suivi pendant 9 mois). Ces faits, joints aux observations sur les effets de la section des racines antérieures sur la pression, inclinent à penser que le système nerveux joue un rôle dans la genèse de l'hypertension.

Bien que l'opération ait notablement amélioré l'état clinique de beaucoup de malades suivis pendant une période allant jusqu'à 2 ans et demi, sa valeur définitive dans le « traitement » de l'hypertension ne peut être considérée comme établie.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

H. E. Fierz, W. Jadassohn et W. Stoll (Zurich). ***Sensibilisation anaphylactique au moyen de composés chimiquement définis*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. 65, n° 3, Mars 1937, p. 339-345. — Landsteiner a montré que dans l'anaphylaxie, la signification attribuée aux protéines devait être révisée. La partie constituante de l'antigène responsable de la spécificité n'est pas nécessairement une protéine, mais peut être un composé simple chimiquement défini (haptène). Les haptènes réagissent *in vitro* avec les anticorps et peuvent dans certaines conditions prévenir la réaction anaphylactique avec l'antigène complet (haptène-protéine). Toutefois les haptènes à elles seules ne suffisent pas généralement à sensibiliser et on s'accorde à reconnaître que les protéines, srvant de support, jouent un rôle important dans la sensibilisation, l'antigène complet étant nécessaire. En clinique certaines formes d'hypersensibilité cutanée semblent bien de nature anaphylactique, mais la sensibilisation peut souvent être produite par des composés de constitution chimique connue (médicaments) dénués de protéines. Wolf-Eisner a soutenu que les molécules de protéines s'accouplent avec le médicament dans l'organisme, donnant lieu ainsi à un antigène complet et produisant l'hypersensibilité. Obermayer a montré que les protéines homologues peuvent être rendues hétérologues par iodisation, nitration ou diazotation et qu'ainsi altérées, elles peuvent déterminer les mêmes effets sur l'organisme que l'injection d'une protéine hétérologue.

J. a déjà pu sensibiliser des cobayes au moyen de l'atoxyl diazotisé accouplé avec du sérum de cobaye, c'est-à-dire sans protéine hétérologue. F., J. et S. montrent ici que l'injection d'atoxyl diazodiamino-sulfoanthranilate de sodium chez le cobaye détermine une hypersensibilité anaphylactique, comme l'épreuve de Schultz-Dale permet de s'en rendre compte. Ils en déduisent que ce composé, une fois injecté, se décompose tout d'abord, puis est copulé *in vivo* avec la protéine de l'organisme pour former l'azoprotéine correspondante; c'est ce composé, produit dans l'organisme luimême, qui le sensibilise.

P.-L. Marie.

Ph. D. Mc Master. ***Variations des lymphatiques cutanés et de la circulation de la lymphe à l'état normal et pathologique chez l'homme*** (*The Journal of experimental Médecine*, t. 65, n° 3, Mars 1937, p. 347-392). — Les colorants vitaux (bleu V) injectes dans le derme pénètrent directement dans les capillaires lymphatiques, les rendant visibles, et apparaissent ensuite dans les troncs collecteurs sous forme de traînées colorées. On peut ainsi percevoir l'état des vaisseaux lymphatiques et la vitesse de la lymphe qu'ils renferment. La méthode décrite donne des résultats concordants quand on expérimente dans les conditions physiologiques que l'on sait faire augmenter ou décroître la circulation lymphatique.

Dans un membre normal placé horizontalement au repos il existe une faible circulation lymphatique. Dans une jambe ou un bras normal qui pendent, la circulation lymphatique cesse, bien que le liquide augmente dans le membre. Quand un bras qui pendait est élevé au-dessus de la tête ou quand le pied d'un sujet assis est mis sur une table, la circulation lymphatique dans le membre élevé devient active. Elle cesse dans la peau d'un bras dont les veines sont obstruées partiellement par compression extérieure, mais devient très active pendant l'hyperémie réactionnelle consécutive au relâchement de la compression veineuse. Elle est encore plus active à la suite du relâchement consécutif à une obstruction totale de la circulation, et son intensité semble la même que le membre se soit trouvé ou non gorgé de sang auparavant. Dans les placards ischémiques qui se montrent sur la peau d'un membre durant l'obstruction circulatoire totale, les capillaires lymphatiques sont fortement contractés tandis qu'ils sont dilatés dans les zones rouges de la peau qui les entourent. L'obstruction relâchée, un drainage de ces deux zones se produit très rapidement et également.

Quand le colorant est injecté dans le derme et quand on pratique une aspiration sur la peau, une grande partie du liquide étranger est chassée dans les lymphatiques qui drainent la zone injectée.

Ces injections intradermiques montrent que les lymphatiques cutanés, dans les régions qui sont le siège d'un *œdème cardiaque*, sont béants et élargis. Ils communiquent facilement entre eux et le colorant s'enfuit d'eux plus rapidement que des vaisseaux de la peau normale. Il se produit souvent une répartition rétrograde du colorant qui peut passer sans qu'on le voie par les vaisseaux profonds et apparaître à distance inopinément dans la peau. Une insuffisance valvulaire consécutive à leur dilatation semble en être la cause. Dans les régions atteintes par l'œdème cardiaque la lymphe stagne, bien que les vaisseaux soient largement ouverts.

Dans l'*œdème néphritique* les capillaires lymphatiques sont plus larges que les capillaires normaux, sans être aussi larges que dans l'œdème cardiaque. Il n'a pas été constaté de signes d'insuffisance vasculaire. La circulation de la lymphe est bien plus active que normalement, même quand le liquide d'œdème est en train de s'accumuler. La circulation est plus grande dans les périodese d'équilibre du liquide d'œdème; elle devient extrêmement rapide dans les périodes de diurèse.

P.-L. Marie.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

H. Selye. ***Recherches sur l'adaptation*** (*Endocrinology*, t. 21, n° 2, Mars 1937, p. 169-189). — Sous le nom de « réaction d'alarme » S. décrit une réaction qui, selon lui, représente une réponse non spécifique de l'organisme à toute atteinte qui lui est infligée. Les signes principaux de cette réaction sont l'hyperplasie des surrénales, l'involution des organes lymphoïdes (thymus, rate, ganglions), la dégénérescence et la mort des cellules de divers tissus, la production d'ulcérations dans le tube digestif et la formation d'œdème, en particulier dans le thymus et le tissu cellulaire lâche rétropéritonéal. Ces signes sont les mêmes quelle que soit la nature spécifique de l'agent qui déclenche la réaction. Les médicaments, les traumatismes chirurgicaux, le shock médullaire, l'exercice musculaire excessif provoquent tous cette même réaction.

Les expériences faites sur des rats montrent que, si l'organisme est exposé quotidiennement à une excitation causant la réaction d'alarme dans les premiers temps, il peut s'adapter à cette excitation. Mais cette adaptation disparaît au bout d'un certain temps vraisemblablement parce que l'organisme épulse une ressource qui lui est nécessaire pour lutter contre l'agent qui l'altère. Alors l'animal meurt dans un état de consomption, avec des manifestations semblables à celles de la période aiguë du stade d'alarme. L'ensemble de la réaction d'alarme se compose donc de trois stades: stade d'alarme, stade de résistance, stade d'épuisement. S. produit des arguments qui semblent étayer l'hypothèse que les signes constatés au stade d'alarme sont dus à la libération d'une substance voisine de l'histamine.

S. décrit les lésions histologiques qui se produisent durant la réaction d'adaptation: involution constante des organes lymphoïdes, surtout frappante au niveau du thymus; hyperplasie du cortex surrénal et disparition des granulations chromaffines de la médullaire pendant la réaction d'alarme; altération du pancréas et de l'hypophyse; ulcérations digestives dues à la fonte de la muqueuse; opacités cristalliniennes trouvées dans les cas graves.

S. a étudié les facteurs qui influencent l'évolution de la réaction d'adaptation. L'ablation des surrénales prévient l'involution des organes lymphoïdes, mais favorise la production de toutes les autres manifestations de la réaction d'alarme. L'ablation du thymus ne détermine pas par elle-même l'involution des organes lymphoïdes, mais facilite la production de tous les autres signes de la réaction d'alarme, y compris l'involution de l'appareil thymo-lymphatique consécutive à l'exposition aux agents qui provoquent la réaction d'alarme. L'appareil thymolymphatique des rats mâles et femelles castrés ne présente pas d'hyperplasie vraie, mais atteint les limites extrêmes normales et ne présente pas d'involution avec les progrès de l'âge. Toutefois la castration ne met pas à l'abri de l'involution du thy-

mus et des ganglions lymphatiques durant la réaction d'alarme.

Tandis que l'adaptation s'acquiert à l'égard d'un certain excitant, l'aptitude à résister à d'autres excitants décroît. L'adaptation lors du stade de résistance est donc spécifique. Le fait que la résistance acquise pendant le stade de résistance disparaît graduellement de nouveau suggère que le facteur nécessaire pour l'adaptation, « l'énergie d'adaptation », n'existe dans chaque individu qu'en quantité limitée. S. discute les relations de la réaction d'adaptation avec la tachyphylaxie et la skeptophylaxie. P.-L. Marie.

H. R. Rony. ***Observations sur le « prédiabète »*** (*Endocrinology*, t. **21**, n° 2, Mars 1937, p. 195-202). — La grande fréquence de l'obésité chez les diabétiques indique qu'il existe des rapports entre ces deux états. Bien que la nature de ces rapports soit encore obscure, on pense communément que l'obésité crée une prédisposition au diabète. Aussi regarde-t-on la présence d'une faible tolérance au glycose chez les obèses comme une menace de diabète (prédiabète).

Or R. a obsevé 20 obèses en état de « prédiabète » pendant 1 à 9 ans. Aucun d'eux ne fit de diabète. La tolérance au glycose augmenta dans la majorité des cas et demeura au même niveau chez les autres patients; on ne nota pas de diminution persistante. Les changements dans la tolérance au glycose étaient liés de façon significative, mais non invariable, aux modifications du poids du corps. Il semble donc que la faible tolérance pour le glycose observée chez les obèses n'indique pas une menace de diabète; le terme de prédiabète est fâcheux et mal fondé. La faible tolérance au glucose des obèses ne semble pas à cet égard différer de celle qu'on rencontre dans d'autres conditions.

Les obèses ayant une faible tolérance au glycose réagissent à un régime pauvre en hydrates de carbone ou au jeûne par une augmentation immédiate de la tolérance au glycose; un régime riche en hydrates de carbone fait baisser rapidement la tolérance au glycose. C'est l'opposé de ce qui se passe chez les sujets normaux. R. estime que ces différences tiennent à la capacité que possède le tissu adipeux d'absorber de fortes quantités de glycose provenant du sang quand le glycose est ingéré à la suite d'une période de sous-alimentation.

P.L. Marie.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

J. Bazan et **E. L. Echeguren.** ***Appendicite et grossesse*** (*La Prensa Medica Argentina*, année **24**, n° 9, 3 Mars 1937, p. 435-438). — Il n'est pas rare, au cours d'une grossesse, de voir se déclarer une appendicite. Le diagnostic, pour difficile qu'il soit dans certains cas, n'est pas moins presque toujours possible. Mais il n'y a pas de règle générale à suivre, lorsqu'on se trouve en pareil cas. Cependant il semble qu'entre partisans de l'opération systématique et préventive, ce qui donne lieu à quelques abus, et les partisans du *statu quo*, il y ait une marge assez grande. Aussi peut-on dire en principe que lorsqu'il s'agit d'une appendicite aiguë la question de l'opportunité de l'intervention ne se pose pas: il faut opérer le plus vite possible. S'il s'agit d'une appendicite chronique, ayant occasionné de petites crises avant la grossesse, on peut attendre et mettre la malade en observation.

L'appendicectomie ne doit en aucun cas léser quelque organe que ce soit au cours de l'acte opératoire, c'est pourquoi on immobilise l'utérus en donnant à la malade de la morphine avant et après l'intervention. On évite ainsi le principal danger de l'opération: l'arrêt de la grossesse.

B. et E., en 8 ans, ont opéré à l'Institut de Maternité 54 malades: 47 durant la grossesse, et 7 durant la puerpéralité. Sur ces 54 cas, 19 étaient aigus et 35 chroniques. (Chez ces dernières, l'opération fut commandée par l'apparition d'une petite crise, ou par l'augmentation des douleurs appendiculaires.) Certaines parturientes avaient déjà eu des avortements spontanés, dus vraisemblablement à l'inflammation de leur appendice. Toutes les interventions furent faites sous anesthésie générale. Il n'y eut pas de difficultés opératoires inhérentes à l'état des malades. Les incisions furent faites selon les techniques classiques et courantes. Sur ces malades, 3 seulement avortèrent. La majorité des parturientes accouchèrent normalement à notre Institut de Maternité. Le pourcentage de la mortalité fut de 3,70 pour 100.

Robert Coronel.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA
(Buenos-Aires)

A. Astraldi et **J.-V. Uriburu.** ***Radiologie du rein pendant l'acte opératoire*** (*Revista Medica Latino-Americana*, t. **21**, n° 248, 31 Mai 1936, p. 891-907). — La radiologie du rein pendant l'acte opératoire peut révéler la présence d'un calcul, non découvert par la radiographie préparatoire, et localiser exactement d'autres calculs permettant l'extraction en un temps plus court et avec un traumatisme moindre.

En outre, avant de fermer la plaie, l'on peut constater la présence de débris de calculs demeurés dans l'organisme, susceptibles de constituer le point de départ de pseudo-récidive.

On utilise la radioscopie pour localiser et la radiographie pour contrôler, car les petits débris se révèlent mieux sur la plaque photographique que sur l'écran.

Il n'est nécessaire d'employer la technique localisatrice, sauf dans les cas suivants: calculs multiples disséminés, calculs fragmentés et calculs mobilisés par les manœuvres opératoires.

Technique opératoire originale, exposée en détail avec clichés.

Bibliographie. G. d'Heucqueville.

GAZZETTA
DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

A. Salmon. ***L'incontinence de sommeil*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. **57**, n° 48, 25 Octobre 1936, p. 1020-1023). — Ainsi appelée par analogie avec l'incontinence d'urines, l'incontinence de sommeil est caractérisée par l'apparition brusque et involontaire du sommeil sous l'influence d'excitations normalement inactives: conversation, lecture, légers efforts musculaires, repas, etc.; elle est physiologique dans l'âge sénile, elle survient à l'état pathologique dans les tumeurs du lobe frontal, dans certaines intoxications et infections cérébrales, dans la démence sénile; elle est particulièrement fréquente dans toutes les anémies corticales; bref, elle exprime la dépression physio- ou pathologique des centres corticaux. L'incontinence de sommeil s'explique par les rapports étroits qui existent entre la corticalité, en particulier les lobes préfrontaux et le système diencéphalo-hypophysaire, régulateur de la veille et du sommeil; sa pathogénie se rapproche beaucoup de celle des crises de narcolepsie qui constituent une incontinence paroxystique de sommeil. Il faut respecter l'incontinence physiologique de l'âge sénile qui ralentit le métabolisme organique des sujets et l'usure de leurs tissus; dans l'incontinence pathologique, il faut avant tout supprimer ce qui diminue l'activité des centres corticaux, l'anémie, la dépression artérielle, les intoxications, les infections corticales et augmenter le tonus de ces centres par la strychnine, les cardiotoniques, les ferrugineux, les excitations affectives. Lucien Rouquès.

FUKUOKA ACTA MEDICA

H. Hara et **A. Koga.** ***Recherches sur la valeur thérapeutique du glycose*** (*Fukuoka Acta medica*, t. **29**, n° 6, 1936, p. 1-20). — H. et K. ont constaté que dans la dysenterie expérimentale du lapin, l'animal dont la courbe glycémique s'élève vite et revient promptement à son niveau initial survit plus longtemps que celui dont la courbe glycémique ne varie pas si rapidement. Le lapin rendu hyperglycémique par l'injection intraveineuse d'une solution de glycose à 25 pour 100 peut supporter l'injection intraveineuse d'une dose d'endotoxine dysentérique un peu plus forte que la dose mortelle. Quand on injecte jusqu'à 3 fois la dose mortelle, le lapin rendu hyperglycémique voit sa vie très prolongée par rapport aux témoins qui n'ont reçu qu'une dose mortelle. L'état d'hyperglycémie ainsi créé n'agit pas sur la toxine en la neutralisant, mais en exerçant une action inhibitrice à la façon d'une thérapeutique irritative. En effet, un lapin qui a reçu préventivement une grosse dose de glycose se montre moins résistant vis-à-vis de la toxine que les lapins traités avec une dose plus faible et, avec une dose optima de glycose, le lapin qui présente une courbe glycémique lentement descendante survit moins que l'animal chez lequel la courbe s'abaisse rapidement.

Avec une dose optima de caséine injectée par voie veineuse on peut, comme avec la dose optima de glycose, faire rapidement monter et redescendre la glycémie et prolonger la vie de l'animal. Le glycose n'agit donc pas par action nutritive, mais par activation du protoplasme comme la thérapeutique irritative.

Quand on injecte de la toxine dysentérique, le chiffre des leucocytes et la courbe glycémique se comportent de façon inverse, les deux courbes se croisant quelques heures après. La courbe leucocytaire diffère d'ailleurs selon la dose de glycose injectée. Avec la dose optima la courbe leucocytaire croise la courbe glycémique mortelle de toxine. Mais si la dose n'est pas optima, plus de temps est nécessaire pour que la courbe leucocytaire, partant de la leucopénie provoquée par la toxine, s'élève jusqu'au chiffre normal et l'animal meurt avant que celui-ci soit atteint, ce qui confirme la similitude d'action de la thérapeutique glycosée et de la thérapeutique irritative.

Autre analogie, H. et K. montrent que la dose optima de glycose (0 gr. 05 à 0 gr. 50 par kilogramme) provoque l'ascension du taux d'agglutination du sérum vis-à-vis de l'antigène typhique tandis qu'une dose excessive (plus de 0 gr. 50) inhibe la production d'agglutinine. D'autre part, la répétition fréquente des injections de glycose, même à la dose optima, inhibe la production d'agglutinine.

Par ailleurs, l'injection préalable de glycose peut empêcher de se produire les crises convulsives que détermine chez le lapin l'injection de chlorure d'ammonium à 3 pour 100 alors que l'injection d'une dose excessive de glycose se montre impuissante, de même que les injections répétées de la dose optima.

Le glycose doit donc être considéré comme un agent thérapeutique irritatif et il devrait être manié, semble-t-il, avec plus de précaution qu'on ne le fait habituelllement.

P.-L. Marie.

THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Kyoto)

Y. Ogasawara et **N. Kudo.** ***L'action bactéricide à l'égard des streptocoques du sel marin irradié par le radium et sa radioactivité*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **30**, n° 2, 30 Décembre 1936, p. 99-103).— Le radium employé



Toutes affections intestinales

DERMATOSES DÉRIVÉES

ENTÉRITES - GASTRO-ENTÉRITES

AUTO-INTOXICATIONS

DYSENTERIE

DIARRHÉES DU NOURRISSON

Nourrissons : 2 à 5 gouttes
Enfants : 5 à 10 "
Adultes : 10 à 20 "

3 fois par jour entre les repas dans un liquide froid ou à peine tiède.

Laboratoire DEHAUSSY
66, rue Nationale, Lille

avec un filtre de sel marin (couche de 3 mm.) possède une action bactéricide vis-à-vis du streptocoque bien plus forte que le radium employé seul. Le sel marin irradié par le radium conserve pendant un certain temps son pouvoir bactéricide à l'égard du streptocoque. Le sel marin, irradié par le radium, placé sur une plaque photographique, donne lieu à une image nette due à la réduction des sels halogènes. O. et K. concluent de ces faits que les cristaux de sel marin irradiés auparavant par le radium retiennent une radioactivité analogue aux rayons du radium.

P.-L. Marie.

K. Saizyo. ***Le rôle joué par l'hypersécrétion d'adrénaline dans les modifications de la glycémie, de la pression artérielle, etc., à la suite de l'administration d'insuline*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. 30, n° 2, 30 Décembre 1936, p. 103-123). — Pour élucider ce rôle, S. a injecté de l'insuline (5 unités par kilogramme) par voie veineuse à des chiens, soit normaux, soit privés de médullaire surrénale. L'expérimentation a été très variée.

Les résultats peuvent se résumer ainsi:

La solution d'adrénaline, injectée dans les veines à la vitesse de 1 cmc par minute, est capable de produire une hyperglycémie assez marquée, de l'accélération du pouls et une augmentation de la température.

L'ablation de la médullaire surrénale augmente l'intensité des symptômes toxiques d'hypoglycémie dus à l'insuline. Par contre, la fréquence du pouls tend à décroître et la température à s'abaisser.

L'injection combinée d'insuline et d'adrénaline d'un coup, en imitant la libération accrue d'adrénaline chez les chiens normaux ainsi intoxiqués, provoque chez les animaux privés de médullaire surrénale des symptômes toxiques presque semblables à ceux que l'on détermine chez les chiens normaux injectés avec l'insuline seule, en ce qui concerne les signes cliniques, la glycémie, le taux du pouls et la température. L'effet exercé sur la pression sanguine est plus difficile à préciser.

On voit ainsi clairement que l'hypersécrétion d'adrénaline déterminée par l'insuline injectée agit pour diminuer la chute de la glycémie et compense le ralentissement du pouls et l'abaissement de la température. Il est prouvé quantitativement que l'injection intraveineuse, si elle est faite de façon à remplacer aussi exactement que possible l'excrétion d'adrénaline durant l'intoxication par l'insuline, peut compenser complètement la suppression de la médullaire surrénale quant à la glycémie, au rythme cardiaque et à la température.

P.-L. Marie.

NORSK MAGASIN for LAEGEVIDENSKAPEN (Oslo)

Truls Leegaard. ***Statistique opératoire des cancers du sein*** (*Norsk magasin for Lægevidenskapen*, n° 2, Février 1937). — L. a fait des recherches sur l'avenir de 64 cas de cancer du sein opérés pendant les années 1916-1931 dans le service chirurgical de l'hôpital municipal d'Aker (Norvège).

50 pour 100 des cas étaient sans atteinte des ganglions régionaux, 42 pour 100 avaient des ganglions et 7 pour 100 étaient des cas très avancés.

Le traitement a toujours été chirurgical, avec extirpation aussi étendue que possible.

Les résultats sont relativement très bons, 50 pour 100 des cas étant sans récidives après 3 ans. Il y eut 12 pour 100 des récidives localisées à la peau. Une malade, atteinte de récidive, fut guérie par la radiothérapie.

L. pense que ces bons résultats viennent du traitement préopératoire radiothérapique, mais surtout du fait qu'on a traité comme cancer tous les cas de fibroadénome du sein dans lesquels l'examen histologique a montré le moindre signe de malignité.

Alf. P. Jacobsen.

H. G. Dedichen. ***Manifestation épidémique de crises de déglobulisation dans des cas d'ictère hémolytique*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, n° 3, Mars 1937). — A Holla (Norvège) deux familles, chez 18 membres desquelles on a constaté par la suite un ictère hémolytique héréditaire, présentent, au cours de 8 mois, 13 cas d'une maladie aiguë avec fièvre, augmentation de la rate, anémie, et chez plusieurs d'entre eux des symptômes cérébraux graves. Ces 13 cas se déclarent en trois « épidémies » successives comportant respectivement 2, 4 et 7 malades. 2 meurent. Il s'agissait de crises de déglobulisation provoquées par une infection d'ordre grippal, à cause de l'état hémolytique des malades. Un garçon d'une des deux familles qui, lui, n'avait pas d'ictère hémolytique, tomba malade en même temps que ses sœurs et frères avec des symptômes de grippe également, mais sans faire d'anémie.

Le mécanisme de la tendance accrue à l'hémolyse, que présente l'ictère hémolytique, est discuté. Après les constatations, faites par Haden, on serait fondé à croire que l'hémolyse provoquée par la solution hypotonique de sel se fait par une évolution des globules rouges vers la forme globulaire. Il semblerait probable que ce même mécanisme joue également dans d'autres cas d'hémolyse.

Alf. P. Jacobsen.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE (Varsovie)

Mme M. Bichler. ***Contribution à l'étude de l'érythème noueux chez l'enfant*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. 13, nos 31 et 32, 1936, p. 498-503). — Cette étude est faite sur un matériel clinique de 106 cas d'érythème noueux permettant à Mme B. de tirer les conclusions suivantes: 1° La fréquence de l'éclosion de la tuberculose à la suite de l'érythème noueux paraît sensiblement exagérée. Mme B. n'en a observé que deux cas sur 100 malades traités. 2° Le pronostic immédiat et éloigné est favorable. La mortalité est de 1,88 pour 100. 3° L'érythème noueux peut se manifester au cours de toutes les maladies infectieuses, mais il peut faire l'objet d'une maladie autonome. 4° Il peut être contagieux. 5° Il est, semble-t-il, plus fréquent chez les filles. 6° Les nodules sont localisés surtout aux membres mais peuvent envahir la face dans des proportions plus restreintes. 7° La fréquence de l'érythème noueux chez les jeunes enfants au-dessous de 5 ans paraît plus forte que dans les statistiques des autres auteurs.

Fribourg-Blanc.

LISBOA MÉDICA

José Rocheta et Gilbert Scorpati. ***Les altérations anatomo-pathologiques du poumon après la thoracoplastie*** (*Lisboa medica*, an. 14, n° 2, Février 1937, p. 59-78). — Dans la thérapeutique chirurgicale de la tuberculose pulmonaire, le facteur favorable est constitué par la production de la néoformation au voisinage des lésions ; de son importance dépend l'arrêt de l'évolution des lésions.

De l'examen de 15 cas de thoracoplastie les auteurs formulent les conclusions suivantes, relativement aux séquelles qu'ils ont constatées:

1° La néoformation conjonctive est constante au niveau des zones pulmonaires soumises à la plastie; ce tissu irradie au niveau des cloisons interalvéolaires et interlobulaires, mais rarement autour des adventices des vaisseaux et son origine pleurale n'est constatée que quand la plèvre est le siège d'un processus inflammatoire chronique;

2° La néoformation de tissu élastique est d'ordinaire peu importante;

3° Outre la sclérose qui est la conséquence de l'intervention chirurgicale, on rencontre un certain degré d'atélectasie variable suivant les cas;

4° On peut affirmer qu'en général les troubles circulatoires confirment la thèse de la diminution de la masse sanguine circulant localement, sauf dans les cas exceptionnels où on note une certaine stase passive en rapport avec l'importance de la néoformation conjonctive qui constitue un obstacle à la circulation de retour. Parmi les lésions vasculaires les plus importantes, on doit noter l'épaississement de l'adventice et exceptionnellement l'hyperplasie de l'interne avec de rares traces d'endovascularite oblitérante;

5° A l'exception de quelques aspects de stase lymphatique, la surcharge du système circulatoire lymphatique et des vaisseaux n'entraîne pas d'autres altérations;

6° Les bronchioles à leur entrée dans le lobule ne présentent pas, dans la très grande majorité des cas, de modifications morphologiques sous l'influence mécanique mais, il n'est pas rare de constater des bronchectasies avec péribronchite chronique;

7° L'emphysème compensateur détermine dans quelques cas une augmentation de volume du poumon opposé.

G. Poix.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

J. Bing, M. Fog et A. V. Neel. ***Un cas d'hyperglobulinémie accompagnée d'une affection du système nerveux central de nature infectieuse*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 91, nos 4-5, 16 Mars 1937, p. 409-428). — Dans un précédent travail B. et N. ont relaté 2 cas présentant un tableau clinique non encore décrit et caractérisé par une hyperglobulinémie très élevée s'accompagnant d'une vitesse de sédimentation accrue et d'une formol-gélification, et par des lésions étendues du système nerveux central, spécialement au niveau de la queue de cheval, des racines et de la moelle épinière, marchant de pair avec des modifications du liquide céphalo-rachidien. Comme il existait chez ces deux malades des symptômes infectieux, il était légitime de penser à la nature toxi-infectieuse de la maladie.

Depuis, ils ont observé 2 cas de myélome qui présentèrent des modifications identiques du sang avec hyperglobulinémie élevée, mais un liquide céphalo-rachidien normal et une absence de lésions inflammatoires du côté du système nerveux. Le diagnostic de myélome fut vérifié par la ponction sternale chez l'un des malades, et chez l'autre par l'autopsie qui montra seulement des lésions histologiques de la moelle épinière (plasmocytomes).

Récemment, ils ont vu un cas ressemblant aux deux premiers publiés, où l'hyperglobulinémie s'accompagnait d'une affection du système nerveux de nature toxi-infectieuse. Il s'agissait d'une femme de 57 ans se plaignant de fatigue et d'amaigrissement depuis un an. Les symptômes inflammatoires consistaient en rhino-pharyngite, dermite avec exanthème morbilliforme passager, pyurie. Il existait un état subfébrile. Du côté du sang, on notait une vitesse de sédimentation élevée, une formol-gélification positive, une hyperglobulinémie à 5,46 pour 100. Comme symptômes nerveux, on trouvait une parésie des membres inférieurs, une sensation de rigidité généralisée et des troubles psychiques sous forme d'alternatives de dépression et d'excitation, terminées par de la confusion mentale et la mort. Le liquide céphalo-rachidien présentait une lymphocytose modérée avec globuline en excès. L'autopsie montra des processus inflammatoires chroniques diffus avec de nombreux lymphocytes, des cellules plasmatiques et des cellules


GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
15 à 20 GOUTTES matin & soir
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS, 1 cuiller matin et soir
Échantillons & littératures :
LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES (France)

du système réticulo-endothélial en de nombreux organes, mais surtout dans le système nerveux central où ils affectaient l'aspect d'une radiculo-méningo-myélo-encéphalopathie toxi-infectieuse. Nulle part, il n'existait de signes de myélome.

P.-L. Marie.

S. Genkin et **W. Liachowsky** (Moscou). ***Les intradermo-réactions dans les polyarthrites aiguës*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **91**, nos 4-5, 16 Mars 1937, p. 447-463). — Pour leurs intradermo-réactions G. et L. ont employé une suspension de culture de 24 heures de streptocoques isolés du pharynx chez un rhumatisant. Ils ont constaté que chez les sujets qui font leur première crise de rhumatisme articulaire aigu et qui se trouvent au stade aigu de la maladie, l'intradermo-réaction est généralement négative. Elle devient positive quand l'amélioration s'installe et l'est de plus en plus à mesure que la guérison approche. Lors des crises successives, elle est encore positive chez une partie des malades au stade aigu de l'affection. Lors des exacerbations qui surviennent au cours d'une crise, une réaction positive peut passagèrement se négativer.

L'intradermo-réaction pratiquée avec 0 cmc 1 de sérum de cheval produit des résultats presque analogues sur les mêmes catégories de malades. Ces deux réactions confirment l'importance de l'état d'allergie dans la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu et dans une série d'autres polyarthrites aiguës. La transformation de la réaction négative en réaction positive indique apparemment le caractère diphasique de cet état (anergie et hyperergie). Le parallélisme entre les réactions cutanées et toute une série de symptômes de la polyarthrite, surtout lors de la première atteinte, confère une certaine valeur pronostique aux réactions cutanées.

P.-L. Marie.

B. von Bonsdorff. ***Recherches sur la granulocytopénie*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **91**, n° 6, 23 Avril 1937, p. 555-611). — B. a étudié 17 cas de granulocytopénie dont 9 relevaient vraisemblablement du pyramidon (test fonctionnel positif au pyramidon dans 3 de ces cas qui guérirent tandis que chez les 6 autres qui succombèrent les antécédents étaient en faveur de cette étiologie). Dans 3 autres cas un traitement antisyphilitique par l'arsénobenzol et le bismuth semblait responsable; dans un de ces cas le tableau était celui d'une panmyélophtisie. Dans 1 cas la granulocytopénie paraissait due à la radiothérapie faite pour une polyarthrite. Dans 4 cas l'étiologie resta obscure; chez deux de ces malades l'évolution fut chronique avec des intermittences.

Parmi ces 17 malades, 10 moururent à l'hôpital; un autre succomba chez lui six mois après sa sortie. 4 des malades étaient des hommes et 13 des femmes. Leur âge allait de 18 à 67 ans, mais la majorité avait de 40 à 50 ans.

Rien de particulier dans les signes cliniques; certains patients présentaient une grande sensibilité à la pression sur tout le corps.

Dans beaucoup de cas où l'affection avait duré longtemps, les examens de sang montrèrent, à côté de la granulocytopénie, une anémie plus ou moins prononcée. Dans 5 cas les réticulocytes disparurent du sang à l'acmé de la maladie. Chez un malade on trouvait dans le sang des normoblastes et de nombreuses hématies renfermant des débris de noyau. Chez un autre, il existait de l'anémie et de la thrombopénie. B. rapproche des cas de granulocytopénie des faits de panmyélophtisie de même étiologie.

La ponction sternale fut faite chez 10 malades. Dans 2 cas, la moelle était riche en myélocytes et en myéloblastes, mais pauvre en cellules mûres. Ces 2 malades guérirent. Une image semblable s'observa dans 2 cas à évolution intermittente. Dans 3 autres cas les cellules réticuloendothéliales de nature plasmocytaire prédominaient; tous succombèrent. Dans un cas atypique et mortel on rencontrait des cellules myéloïdes à presque tous les stades de développement, mais leur nombre était petit. Dans les 2 autres cas, tous deux mortels, la moelle était pauvre en cellules et celles-ci étaient surtout des lymphocytes, des monocytes et des érythroblastes.

A propos d'un cas qui se présentait cliniquement comme un noma, B. suggère que la nécrose de la peau et des muqueuses du noma relèvent primitivement d'une diminution des granulocytes; le noma s'observe, en effet, surtout dans des maladies s'accompagnant de leucopénie avec granulocytopénie relative (typhoïde, rougeole, grippe, etc...). Beaucoup de ces cas sont probablement des granulocytopénies vraies, d'autres des leucémies aiguës. Le noma endémique signalé pendant les famines pourrait relever de carences alimentaires et de troubles dans la leucopoïèse.

Les résultats de la ponction sternale sont précieux pour le pronostic tandis que l'examen hématologique est très infidèle à cet égard.

Il n'y a guère de traitement efficace. L'hépatothérapie intensive qui avait semblé donner le succès dans 2 cas est restée impuissante chez les autres malades. B. n'a essayé les préparations d'acide nucléique que dans 2 cas. La radiothérapie est contre-indiquée. Les rémissions qui peuvent survenir rendent difficile l'appréciation des résultats thérapeutiques.

P.-L. Marie.

G. Grill. ***Observations sur le besoin d'adrénaline chez l'homme et l'effet de l'adrénaline sur la pression artérielle à divers niveaux de pression*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **91**, n° 6, 23 Avril 1937, p. 629-649). — G. a observé un cas de maladie d'Addison où il a fait une expérience thérapeutique avec l'adrénaline en injections intraveineuses. Il a pu ainsi faire passer la pression de 7,5-5 à 12-8 mm. Hg, mais sans obtenir d'amélioration de l'état général. Les injections cessées, la pression retomba et une aggravation de l'état général se produisit avec issue fatale. A l'autopsie, tuberculose surrénale bilatérale avec destruction complète des capsules.

En calculant la quantité d'adrénaline fournie par kilogramme et par minute, G. a pu fixer à 0 milligr. 0008 par minute et par kilogramme la quantité nécessaire chez l'homme, chiffre qui se trouve dans les limites établies par des expériences sur l'animal ayant pour but de déterminer la quantité d'adrénaline sécrétée au repos chez le chien et le chat.

Avant l'apport artificiel d'adrénaline, le malade ne réagissait pas par une élévation de pression à 0 milligr. 5 d'adrénaline injectée par voie intramusculaire mais, quand la pression eut été élevée par l'apport artificiel d'adrénaline, il réagit à cette dose intramusculaire par une grosse augmentation de pression. G. l'attribue aux modifications des conditions mécaniques dans le système circulatoire accompagnant le changement de pression artérielle, si bien que, en dépit d'une sensibilité normale à l'adrénaline, en présence d'une pression abaissée, un effet normal sur la pression n'était plus obtenu. La diminution de la sensibilité à l'adrénaline que l'on a longtemps regardée comme un symptôme cardinal de la maladie d'Addison n'est donc qu'apparente.

S'appuyant sur des observations physiologiques antérieures et sur les recherches cliniques d'Enocksson, G. défend les thèses suivantes: L'effet d'une dose donnée d'adrénaline sur la pression artérielle à un certain taux de pression ne peut jamais être comparé tout bonnement à celui de la même dose à un niveau de pression différent, soit chez le même sujet, soit chez un sujet différent. Avec une pression très basse, on obtient un effet adrénalinique relativement minime. Le meilleur effet s'obtient avec une pression sanguine normale de 11 mm. Hg. environ. Avec des pressions plus élevées on obtient des effets adrénaliniques de plus en plus minimes.

P.-L. Marie.

M. F. Sinding-Larsen. ***Sur la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire*** (*Acta medica Scandinavica*, Suppl. **80**, 1937, 212 p.). — Ce travail basé sur l'étude de 1.126 cas de tuberculose pulmonaire traités par collapsothérapie au Sanatorium de Vejlefjord (Danemark), de 1906 à 1932, a pour but de comparer les résultats durables dans chaque groupe de malades, surtout chez ceux traités par le pneumothorax et par la thoracoplastie.

On a pu retrouver la trace de tous les malades; on a surtout insisté pour obtenir des renseignements précis sur les causes de la mort et sur le temps d'observation. Il a été possible ainsi d'examiner la mortalité d'après des méthodes statistiques.

On réussit rarement à faire un pneumothorax techniquement effectif, c'est-à-dire sans adhérences ou avec des adhérences insignifiantes sans influence sur le collapsus électif. Dans 5 pour 100 seulement des cas il a pu être réalisé. Le pneumothorax étant techniquement et cliniquement soumis au plus haut degré aux caractères des adhérences, on a établi les 5 groupes suivants: pneumothorax techniquement effectif (5 pour 100); relativement effectif (quelques adhérences empêchant partiellement le collapsus électif), 11 pour 100; moins effectif (adhérences étendues empêchant le collapsus électif), 24 pour 100; non effectif ou contre-électif (systèmes d'adhérences étendues empêchant dans une large mesure le collapsus des zones pulmonaires atteintes), 25 pour 100; échec complet, 35 pour 100.

S. a comparé la mortalité de ces malades à la mortalité générale norvégienne. La comparaison montre une mortalité 12 fois plus forte chez eux. L'étude statistique de chaque groupe montre les très mauvais résultats obtenus dans les 4e et 5e groupes.

Près de la moitié des pneumothorax présentent un exsudat dans les 6 mois qui suivent l'intervention. Les adhérences n'exercent pas d'influence à cet égard. On trouve autant d'exsudats parmi les malades ayant un pneumothorax techniquement effectif que parmi les pneumothorax contre-électifs. Les exsudats n'ont aucune influence importante sur le pronostic. Traités rationnellement, ils empêchent assez rarement la continuation du pneumothorax.

La durée du pneumothorax dépend dans une très large mesure de son effectivité. Si le pneumothorax est techniquement et cliniquement non effectif, et si les sections de brides ne peuvent pas mener au but, il doit être suspendu et on doit faire en temps voulu la thoracoplastie. Parmi les 158 cas traités par le pneumothorax et qui étaient exempts de bacilles pendant les deux dernières années du traitement, il n'y eut qu'une récidive *in situ* après l'arrêt du traitement. Il faut continuer le pneumothorax au moins deux ans après que le collapsus est devenu cliniquement effectif. L'arrêt du pneumothorax doit être fait graduellement sous le triple contrôle: clinique, radioscopique et bactériologique.

On peut obtenir techniquement et cliniquement une amélioration considérable à l'aide des sections d'adhérences dans les cas appropriés, mais souvent les opérations restent sans résultat à cause de l'existence d'adhérences inaccessibles au traitement.

Les phrénicectomies ont leur place dans la collapsothérapie, mais elle est bien modeste. Elles peuvent être effectives quand les lobes inférieurs sont touchés. Les résultats sont mauvais quand la partie supérieure est atteinte. On ne doit pas faire de « phrénicectomie d'épreuve » avant les thoracoplasties, non plus que préalablement aux opérations sur le sommet, par crainte chimérique d'aspiration au lobe inférieur non collabé. Ces aspirations n'ont pas été observées chez les malades de S.

Les résultats donnés par le plombage ont été mau-

DIGILANIDE

Totum digitalique cristallisé du Digitalis lanata

Indications : TOUTES LES INSUFFISANCES CARDIAQUES

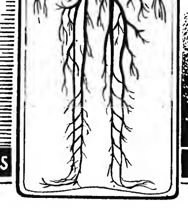
SOLUTION (voie gastrique) : Doses fortes, doses moyennes, doses faibles et prolongées (voir prospectus).
Doses moyennes : 1/2 c.c. ou XX gouttes 3 fois par jour, pendant 8 à 10 jours consécutifs.
SUPPOSITOIRES : 1 à 2 par jour.
AMPOULES : Voie veineuse : Une injection de 4 c. c, par jour pendant 2 à 3 jours. Voie intramusculaire : 1 ampoule de 2 c. c. une à deux fois par jour.
DRAGÉES : 1, trois fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, Rue Vernier, PARIS (XVIIe) — **B. JOYEUX,** Docteur en Pharmacie.

HÉMOLUOL

PHYTOTHÉRAPIE TONI-VEINEUSE

RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE



Extrait Bourse à Posteur...	0,10
— Berberis	0,10
— Marron d'Inde......	0,10
— Homamélis	0,30
— Quinquina.........	0,08
— Viburnum..........	0,10
Alcoolature Anémone	0,15

ÉTATS CONGESTIFS

LIQUIDE — 3 cuillères à café par jour

COMPRIMÉS — 6 comprimés par jour

LIT^RE^ ÉCH^ONS^ : LABO. DE L'HÉMOLUOL, 11 rue MOGADOR · PARIS



LAIT SEC DEMI-ÉCRÉMÉ NON SUCRÉ

Le plus comparable, par ses caractères physiologiques, au lait de femme. — Digestibilité parfaite.

Le Lait DRYCO est l'aliment qui convient à tous les nourrissons.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LAIT SEC "DRYCO", 5, RUE SAINT-ROCH - PARIS

vais, mais on ne peut pas en tirer de conclusions fermes car les patients étaient gravement atteints.

La mortalité des malades traités par thoracoplastie est 10 fois plus forte que celle de la table de mortalité générale. Les résultats sont donc bien meilleurs que ceux des pneumothorax contre-électifs et non réussis (mortalité 27 et 22 fois plus forte que dans la table de comparaison). Par contre, les résultats des thoracoplasties sont plus mauvais que dans le groupe pneumothorax moins effectif, et bien plus mauvais que dans les groupes pneumothorax effectif et relativement effectif. La cause doit être, entre autres, que le poumon, avec la technique employée, n'a pas pu se collaber suffisamment. Il en est surtout ainsi pour la région apicale, qui malheureusement est le siège ordinaire des cavernes.

On ne constate pas de différence essentielle dans les résultats chez les hommes et chez les femmes, ni de différence entre les deux côtés, exception faite pour les thoracoplasties qui donnent une mortalité plus grande à droite, qu'il s'agisse de mortalité post-opératoire ou de mortalité dans les trois premières années consécutives à la sortie du sanatorium.

Les résultats se sont remarquablement améliorés avec les années, ce qui est dû à ce que le collapsus dans les dernières années est devenu plus effectif du point de vue technique, les indications pour la collapsothérapie d'une façon générale ayant été continuellement les mêmes.

En somme, même avec un traitement de longue durée, dans les sanatoria privés, les tuberculoses cavitaires ont un très mauvais pronostic si elles n'ont pas eu une collapsothérapie en temps voulu. Les mêmes patients ont un pronostic au moins aussi mauvais s'ils reçoivent un traitement technique non effectif. Quand le pneumothorax, fait très fréquent, est techniquement et cliniquement non effectif, on doit faire en temps utile une thoracoplastie si le collapsus effectif ne peut être obtenu par la section d'adhérences. Il faut recourir plus souvent que l'on fait à la thoracoplastie. L'opération doit être faite avec une technique qui permette un collapsus effectif dans les trois plans, comme dans un pneumothorax techniquement effectif.

P.-L. Marie.

ACTA RADIOLOGICA
(Stockholm)

J. Frimann-Dahl et **G. Waaler.** ***Etudes radiologiques et anatomo-pathologiques sur le complexe primaire tuberculeux*** (*Acta Radiologica*, Supplément **33**, 1936). — Les recherches faites en Norvège par la réaction de Pirquet ont montré que sur une grande partie de la population jeune la tuberculose ne pouvait être décelée, et qu'à 20 ans, 50 pour 100 environ seulement des sujets présentaient une réaction positive. Comme, chez les sujets plus âgés, l'index positif de la réaction croît progressivement jusqu'à atteindre presque la totalité des cas, il en fallait conclure à un grand nombre de cas d'infection primaire chez l'adulte, et orienter dans ce sens des recherches anatomo-pathologiques et radiologiques.

F.-D. et W. ont étudié 200 sujets du Rikshospital sans s'attacher plus spécialement aux tuberculeux; tous les âges pris ensemble, ils ont relevé 142 cas (71 pour cent) présentant le tableau du complexe primaire, et l'ont notamment relevé dans 47 pour 100 des cas de sujets de 20 à 29 ans morts d'affections autres que la tuberculose.

Ces constatations concordent avec celles faites antérieurement au point de vue anatomo-pathologique, et les chiffres relevés avec ceux de Pirquet.

Dans les cas où la tuberculose pouvait être invoquée comme cause du décès, F.-D. et W. ont souvent relevé que le complexe primaire paraissait de date récente, plaidant en faveur d'une poussée de l'infection chez l'adulte, de telle sorte qu'ils considèrent, d'après les recherches faites sur les sujets norvégiens, que chez ceux-ci le complexe primaire apparu à l'âge adulte peut, souvent, être suivi d'une tuberculose pulmonaire ou généralisée. Il n'en reste pas moins que l'on peut également observer des cas de complexe primaire de date ancienne, expliquant la possibilité d'une infection dans l'enfance, sans qu'il ait été possible de l'affirmer; cependant certaines évolutions cliniques étaient en faveur de la possibilité d'une réinfection à l'âge adulte.

Dans certains cas de réaction de Pirquet positive, F.-D. et W. n'ayant pu mettre en évidence le complexe primaire invoquent (2 cas) sa méconnaissance en raison de ses dimensions réduites, ou de sa localisation, ou de l'extension des lésions tuberculeuses. Parfois la découverte clinique d'un complexe primaire accompagnait une réaction de Pirquet négative, qu'il se soit agi d'une « phase d'anergie » ou d'affections au cours desquelles on ne peut la mettre en évidence (affections cardiaques, ictère).

Dans 14 cas de décès par tuberculose, F.-D. et W. ont trouvé 12 fois le complexe primaire (cf. ci-dessus pour les 2 cas où il ne fut pas découvert); dans 31 cas de tuberculose post-primitive ils ont mis en évidence 1 complexe primaire.

Dans la plupart des cas les lésions macro et microscopiques conviennent à celles d'un nodule primitif; quelques cas cependant, qui y ressemblent, doivent faire penser à un nodule secondaire en raison de l'absence du nodule lymphatique. En ce qui concerne la localisation du nodule primitif il ne semble pas qu'il y ait de zone de prédilection.

L'on a assez souvent affaire à des nodules calcifiés dont le diagnostic différentiel est difficile car ils donnent aux rayons X une opacité de même ordre que les nodules primitifs; il faut également les différencier des embolies vasculaires, des pseudo-ostéomes consécutifs à des exsudats non résorbés, des lésions anthracosiques ou silicosiques, des calcifications costales ou pleurales, des corps étrangers.

F.-D. et W. exposent enfin les résultats comparatifs des examens radiologiques pratiqués *in vivo*, et sur pièces, en ce qui concerne ces différentes affections.

Mobel Kahn.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

Seved Bergendal (Lund). ***De l'hydronéphrose avec vaisseaux anormaux et, en particulier, de leur traitement par la résection de ces vaisseaux*** (*Acta chirurgica Scandinavica*, **79**, supplément 46, 249 p., 16 fig.). — Ce travail, du plus vif intérêt, est basé sur 88 observations suédoises (intégralement publiées) et sur 150 examens de reins d'autopsie.

Des anomalies artérielles s'observent dans 53 pour 100 des cas, des anomalies veineuses dans 15 pour 100. Ce n'est que dans 16,6 pour 100 des cas qu'il y a croisement de l'uretère par les vaisseaux anormaux. L'hydronéphrose serait, classiquement surtout, due aux vaisseaux qui suivent la « règle d'Ekehorn », c'est-à-dire croisent l'uretère, ou en passant derrière lui pour aborder la valve rénale antérieure, ou en passant devant lui pour aborder la valve rénale postérieure. B. a cependant observé 5 cas où des vaisseaux obéissant à cette règle n'ont provoqué aucune dilatation pyélique.

Les hydronéphroses avec vaisseau anormal sont aussi fréquentes chez l'homme que chez la femme. Elles coïncident avec la ptose rénale dans un peu moins d'un quart des cas. Elles provoquent de la douleur dans la presque totalité des cas, de l'hématurie macroscopique ou microscopique dans la moitié des cas. Le pédicule vasculaire est artériel ou artériel et veineux, rarement purement veineux. Les vaisseaux anormaux, à qui peut être imputée l'hydronéphrose, n'obéissent guère à la « règle d'Ekehorn » que dans la moitié des cas. Les cas observés ont été répartis en trois groupes.

I. *Croisement de l'uretère par les vaisseaux avec dilatation du bassinet.* 62 cas opérés ont donné 45 guérisons, 15 améliorations, 2 insuccès (dans ces 2 cas, le pédicule vasculaire était purement veineux). Sur 36 cas explorés ultérieurement, au point de vue de l'état de la dilatation pyélique, on a noté sa diminution dans 26 cas, son maintien dans 10 cas. Les résultats ont été satisfaisants même quand le bassinet était infecté.

II. *Croisement de l'uretère par les vaisseaux sans dilatation du bassinet.* Un seul malade sur les 3 qui furent opérés a été guéri.

III. *Croisement du bassinet lui-même par les vaisseaux.* Sur 4 cas opérés, 3 fois les résultats ont été mauvais.

Ainsi, on doit s'attendre à des mécomptes : 1° quand il n'y a pas de dilatation pyélique, les vaisseaux croisant cependant l'uretère; 2° quand c'est le bassinet, non l'uretère qui est croisé. Dans ce dernier cas, pour augmenter les chances de succès, il faut tenter quelque chose de plus que la ligature du pédicule anormal.

Nécrose rénale. On n'observe jamais de nécrose rénale après ligature d'un pédicule purement veineux.

En Suède, après 77 interventions comportant la section d'un pédicule artériel ou artériel et veineux, il a été relevé 2 cas certains de nécrose, 2 cas d'hématurie macroscopique et 6 cas de complications attribuables à la nécrose rénale. Il n'y a pas eu de mort. La néphrectomie n'a jamais été nécessaire.

Hors de Suède, des accidents de nécrose ont 13 fois été signalés. Ils ont entraîné 6, peut-être même 9 néphrectomies et provoqué une mort.

Les cas infectés exposeraient plus à la nécrose. Celle-ci, lors de l'opération, ne peut être prévue avec certitude. La pâleur du rein, lors de la compression de l'artère accessoire, est rarement de quelque importance. C'est seulement si l'artère anormale est très grosse et si le rein pâlit franchement quand on le comprime, qu'il faut renoncer à la section du pédicule vasculaire et envisager une opération plastique sur le bassinet et l'uretère.

G. Wolfromm.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES MÉDICO-CHIRURGICALES (Paris)

Chevalier Jackson et **Chevalier L. Jackson** (Philadelphie). ***La laryngo-trachéo-bronchite aiguë et les affections aiguës des voies respiratoires*** (*Annales médico-chirurgicales*, t. **2**, n° 2, 15 Février 1937, p. 27-33). — Intéressant article où J. et J., étudiant les affections aiguës des voies respiratoires des enfants, montrent l'importance de la laryngo-bronchoscopie qui en conditionne le diagnostic et le traitement.

Ils insistent spécialement sur la laryngo-trachéo-bronchite aiguë, type clinique mal individualisé et d'étiologie assez indécise, quoique le plus souvent de nature streptococcique. Mieux que la clinique habituelle, c'est l'examen endoscopique et les prélèvements *in situ* qui en précisent le diagnostic et la nature bactériologique. Après avoir opposé les aspects endoscopiques du faux croup, de la diphtérie et de la L.T.B. aiguë, ils montrent que dans celle-ci le fait essentiel est l'obstruction des bronches par des sécrétions épaisses difficiles à expulser.

Des directives prophylactiques et thérapeutiques, retenons, pour les petits malades atteints de L.T.B. aiguë à sécrétions épaisses, la nécessité d'une atmosphère saturée d'eau et le danger des médications dessiccantes (atropine, opiacées).

L'affaiblissement du son de percussion thoracique et l'accélération du rythme respiratoire — signes d'atélectasie et non de broncho-pneumonie — nécessitent l'aspiration des sécrétions par voie buccale, voire par trachéotomie, et, dans certains cas graves, l'extirpation des croûtes à la pince.

J. Mellère.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

G. Heuyer et **Mlle Courthial**. ***Les tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile*** (*Annales Médico-psychologiques*, an. **94**, t. **2**, n° 5, Décembre 1936, p. 745-768). — Dans un travail antérieur, H. et C. avaient exposé la technique des tests de caractère qu'ils utilisent: dans le présent travail, ils répondent aux objections soulevées.

Ils ont étudié 114 jeunes sujets à la clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile de Paris. Pour chaque sujet, sont mis en regard le diagnostic établi selon les données de l'observation clinique et le diagnostic tiré des tests de caractère.

La comparaison montre que les diagnostics concordent dans 76 pour 100 des cas. Les désaccords proviennent de la débilité mentale de certains sujets, de la tendance de certains autres à la vanité et à la dissimulation.

H. et C. modifient les tests Woodworth-Mathews et Pressey, afin d'obtenir une concordance plus parfaite.

G. d'Heucqueville.

M. et **T. Cahane**. ***Sur un cas de mélancolie associé à un syndrome fruste de Simmonds: le rôle de l'hypophyse dans certaines dépressions*** (*Annales Médico-psychologiques*, An. **94**, t. **2**, n° 5, Décembre 1936, p. 798-805). — Observation d'une malade de 46 ans, présentant, après une lithiase, des troubles ovariens et un accès mélancolique.

Amaigrissement marqué. Dans l'urine, hormones gonadotropes hypophysaires en excès. On pose le diagnostic de syndrome de Simmonds. Amélioration sous l'action de l'extrait hypophysaire antérieur.

Ce cas, à rapprocher d'autres observations de troubles affectifs dans les syndromes hypophysaires, met en lumière le rôle de l'hypophyse, plus important encore sans doute que celui de la thyroïde, comme régulateur du tonus affectif: selon Zondek, ce dernier varierait avec le métabolisme du brome hypohysaire.

G. d'Heucqueville.

J. Hamel et **R. Buisson**. ***Valeur thérapeutique de la cholestérine; son emploi en milieu asilaire*** (*Annales Médico-psychologiques*, année **95**, t. **1**, n° 1, Janvier 1937, p. 27-39). — Depuis la découverte de ce composé biologique en 1775, une abondante littérature a mis en lumière les propriétés anti-toxiques, anti-infectieuses, anti-convulsives et sédatives de la cholestérine.

La cholestérine existe dès la naissance dans l'organisme, qui doit constamment en reconstituer une réserve avec l'apport alimentaire.

H. et B. ont soumis de nombreux aliénés à un régime riche en cholestérine (laitance de poisson) ou à un traitement de cholestérine en injections.

Ils rapportent 12 observations, dont 10 d'alcooliques insuffisants hépatiques (5 délires subaigus et 5 delirium tremens), qui non seulement ont toléré le régime hyper-cholestérinique, mais dont les symptômes ont rapidement régressé.

Le traitement cholestériné mérite d'être largement utilisé, spécialement dans les psychoses toxiques, les états confusionnels et les troubles mentaux des tuberculeux.

G. d'Heucqueville.

L'ENCÉPHALE (Paris)

L. van Bogaert et **E. de Savitsch**. ***Sur une maladie congénitale et hérédo-familiale*** (*L'Encéphale*, année **32**, t. **1**, n° 3, Mars 1937, p. 114-139). — B. et S. rapportent l'observation d'un sujet atteint de tremblement rythmique des globes oculaires, de la tête et des membres supérieurs.

Réflexes vifs. Mimique inexpressive. Crises comitiales. Examen labyrinthique négatif.

B. et S. ont mené une enquête héréditaire dans la famille de ce sujet, portant sur 109 individus: 40 d'entre eux se sont révélés atteints du même syndrome, complet ou fruste.

Le *tremblement oculaire* forme le noyau du syndrome: il ne relève pas d'achromatopsie, mais pourrait s'expliquer par la présence de scotomes.

La maladie se transmet, sans prédilection de sexe, avec un caractère dominant.

Elle correspond au *nystagmus-myoclonie* de Lenoble et Aubineau. Elle se distingue des syndromes myocloniques de Friedreich et Unverricht, mais s'apparente au nystagmus congénital et aux tremblements familiaux.

G. d'Heucqueville.

REVUE D'IMMUNOLOGIE (Paris)

Ch. Gernez et **Chr. Pannequin**. ***L'intradermoréaction à la toxine et à l'anatoxine staphylococciques comme test de l'immunité et de l'allergie antistaphylococciques chez l'homme*** (*Revue d'Immunologie*, t. **3**, n° 2, Mars 1937, p. 97). — Si l'on injecte dans le derme de sujets adultes une quantité fixe (0 cmc 1) d'une *toxine* staphylococcique titrée on observe des réactions inflammatoires qui varient avec la dilution utilisée. C'est celle de 1/10 qui permet le mieux d'apprécier l'action dermotoxique de la toxine si on fait la lecture vers le 5e jour. L'intensité de cette réaction dépend du degré d'immunité de l'organisme et elle disparaît lorsque cette immunité dépasse 3 à 5 unités antitoxiques. Il est possible, grâce à cette méthode, de constater chez la plupart des sujets vaccinés par l'anatoxine staphylococcique une atténuation de ces réactions provoquées par la toxine.

Si par contre on utilise une dilution d'*anatoxine* staphylococcique (la dilution la plus favorable est de 1/1.000), on peut apprécier le degré de l'allergie staphylococcique et cela d'une façon spécifique, car les résultats sont indépendants des réactions à la tuberculine et de l'allergie aux anatoxines tétanique et diphtérique. Cette réaction permet dans une certaine mesure de prévoir les incidents de la vaccination par l'anatoxine staphylococcique, car lorsqu'elle est très fortement positive il y a lieu de diminuer les doses initiales.

J. Biktey.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Dechaume. ***Nécrose des maxillaires consécutive à la curiethérapie interne*** (*Revue de Stomatologie*, année **39**, n° 2, Février 1937, p. 89-106). — Par la curiethérapie interne, on introduit dans l'organisme des corps de la famille du radium (radium et radon), de la famille du mésothorium ou de l'actinium (rarement).

Les émanations du radon passent dans le sang et sont rapidement éliminées par la respiration. Les radio-éléments solides se fixent sur certaines cellules, leur durée de rétention dépend de la rapidité de leur élimination et de leur transformation. Selon Zimmern, le mésothorium et le thorium forment des composés complexes et insolubles qui se fixent sur la moelle osseuse et sur les organes hématopoïétiques. Lacassagne et Lattes indiquent que le polonium s'élimine par les reins et le foie et est retenu dans le système réticulo-endothélial. Il produit des radiations jusqu'à désintégration.

En somme, ces corps sont retenus dans l'intérieur des cellules, continuent à émettre leur rayonnement et altèrent les cellules.

Il y a difficulté d'apprécier les doses, de surveiller l'accumulation des corps radio-actifs pour pouvoir suspendre le traitement en temps utile. Un autre danger est la longueur de temps qui peut se passer avant qu'aucun signe n'apparaisse (Flinn).

Au niveau des maxillaires, on assiste à la chute des dents, à la séquestration lente et peu douloureuse des maxillaires, sans réaction périostée. L'os est friable en surface, et il faut aller loin pour trouver de l'os normal. De cette façon, la branche horizontale peut s'éliminer. Au maxillaire supérieur, la voûte palatine seule subsiste, le sinus largement ouvert s'infecte.

Il est difficile de prévoir la gravité suivant la quantité ou la nature du corps injecté et de fixer la date de terminaison des accidents par élimination complète des corps radioactifs, car nous savons mal leur avenir dans l'organisme. La recherche de la phosphatasémie a peut-être son intérêt, car l'hyperphosphatasémie témoigne d'un pouvoir de défense de la moelle osseuse.

Contre ces accidents, nos moyens de défense sont précaires: traitement général par la vitamine D;

traitement chirurgical palliatif en cas d'accidents inflammatoires ou douloureux.

Les médecins américains ont nettement pris position contre les injections de substances radio-actives. Lacassagne est moins excessif et conclut : « La connaissance de ces faits impose aux médecins la plus grande prudence dans la pratique des injections de corps radio-actifs à vie longue. »

C. Ruppe.

Bocage. *L'anatoxine staphylococcique et son utilisation en stomatologie* (*Revue de Stomatologie*, An. **39**, n° 4, Avril 1937, p. 241-247). — B. rappelle que *la toxine staphylococcique est unique*, toujours identique à elle-même, avec un pouvoir *léthal, cytotoxique, hémolytique, dermonécrotique. La toxine staphylococcique est très difficile à préparer et très peu de staphylocoques sont capables de donner une toxine active*. Au contraire, la transformation de la toxine en anatoxine comporte moins d'aléas.

Le dosage de l'antitoxine après anatoxithérapie permet, en quelque sorte, de mesurer la faculté de notre organisme à produire de l'antitoxine. Les hyperglycémiques, les acnéiques sont inaptes à l'immunisation par l'anatoxine. En ce qui concerne les sujets atteints d'ostéite, il est actuellement impossible d'établir un lien pronostique entre l'élévation de l'antitoxine et l'évolution ultérieure de l'ostéite. L'augmentation de l'antitoxine semble un élément favorable, mais l'antitoxine n'apparaît pas suffisante pour enrayer l'infection.

La durée de la persistance de l'immunité antistaphylococcique est assez inégale suivant les sujets.

Avant d'instituer le traitement, il faut tâter la sensibilité du malade; ne commencer qu'avec des doses faibles pour éviter des réactions locales, générales ou focales fortes. Les deux premières sont rares. Par contre, les réactions focales sont les plus fréquentes, sous forme de poussée congestive et d'augmentation transitoire de la suppuration du foyer infecté. Une dose trop forte d'anatoxine peut réchauffer dangereusement un foyer d'ostéite torpide.

C. Ruppe.

Bocage et Dechaume. *Quelques observations d'ostéites des maxillaires traitées par l'anatoxine staphylococcique* (*Revue de Stomatologie*, An. **39**, n° 4, Avril 1937, p. 248-255). — B. et D. ont traité, par l'anatoxine, 4 malades atteints d'ostéite des maxillaires dont ils relatent les observations. Ils ont obtenu *deux résultats excellents*, l'un rapide, l'autre plus lent (l'anatoxine ayant été utilisée tardivement après échec des autres traitements), *et deux échecs* chez des enfants traités tardivement. Une des difficultés du traitement est la fréquence de l'association microbienne. Ils concluent ainsi « L'anatoxine doit être employée rapidement, d'emblée, dans les cas de lésions aiguës à staphylocoques purs. C'est alors qu'elle donne les résultats les plus rapides et les plus constants. Elle peut toujours être utilisée lorsque le malade est vu plus tardivement. Elle gagne à être associée à d'autres thérapeutiques qu'elle n'exclut jamais. » C. Ruppe.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (Strasbourg)

Arvid Wallgren (Gothembourg). ***Le problème de la contagiosité de la tuberculose infantile*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **12**, n° 6, 1936, p. 717-755). — La forme tertiaire de la tuberculose pulmonaire (phtisie) est reconnue contagieuse chez l'enfant et même à un très haut degré. La contagiosité de la tuberculose primaire paraît par contre beaucoup moins évidente.

La tuberculose primaire extrapulmonaire n'a pas grande importance pratique comme source de contagion. Elle est d'abord très rare. En outre, si les variétés qu'elle produit méritent souvent d'être considérées comme des tuberculoses ouvertes (ulcérations intestinales, ulcérations bucco-pharyngées), et si les bacilles tuberculeux qui s'en échappent peuvent se répandre dans le monde extérieur, cependant, au point de vue pratique, la transmission d'enfant à enfant est aisément évitable au moyen de précautions hygiéniques.

La tuberculose pulmonaire primaire progressive, caséo-caverneuse, est aussi relativement rare. Les enfants qui en sont atteints ont une expectoration où il est généralement facile de reconnaître la présence de bacilles tuberculeux. Comme de plus ils toussent, ils risquent fort de diffuser le virus et de le transmettre à des enfants sains. De tels sujets doivent donc à l'hôpital être séparés des enfants à cuti-réaction négative à la tuberculine.

La tuberculose pulmonaire primaire bénigne ou régressive, beaucoup plus fréquente, était considérée jusqu'à ces dernières années comme sans importance au point de vue de la contamination, parce qu'envisagée comme tuberculose fermée. Mais un revirement s'est produit récemment à cet égard à la suite de constatations fournies par la recherche des bacilles dans le liquide de lavage gastrique.

En 1898 Meunier avait proposé de faire l'analyse bactériologique de l'expectoration des jeunes enfants recueillie dans l'estomac au moyen d'un lavage opéré à jeun. Cette méthode ne retint guère l'attention jusqu'en 1927, époque où Armand Delille et Vibert remirent en honneur le procédé de Meunier en le perfectionnant.

La méthode de Meunier, actuellement adoptée par de nombreux auteurs, a fourni sa preuve comme méthode de diagnostic. La signification qu'il convient de lui attribuer au point de vue du pronostic reste par contre discutée et de grandes divergences se manifestent au sujet du rôle que jouent les enfants reconnus porteurs de bacilles au point de vue de la diffusion de l'infection.

Après avoir relaté une série d'observations cliniques et épidémiologiques, W. constate qu'il n'existe pas une seule observation certaine de transmission du contage tuberculeux entre enfants, quand il s'agit de la forme bénigne de la tuberculose pulmonaire primitive.

Si, en regard de cette absence de cas positifs probants, on place tous ceux, très nombreux, qui sont franchement négatifs, on est forcé de conclure que pour le moment il n'existe aucune raison de considérer une tuberculose pulmonaire primaire bénigne, ne s'accompagnant pas de toux et n'offrant des bacilles tuberculeux que dans le seul liquide de lavage de l'estomac, comme contagieuse. Par contre, si l'enfant tousse pour une raison quelconque, du fait d'une coqueluche par exemple, les possibilités de contagion ne peuvent pas être exclues, si l'on en juge par les résultats des études expérimentales. Mais de tels faits sont rares et W. conclut en déclarant qu'il faut insister sur le danger que réalise le poitrinaire diffuseur de bacilles; mais qu'en échange il faut éviter d'exagérer les risques de contagion que fait courir un enfant atteint de tuberculose primaire bénigne. La démonstration de la présence de bacilles est une chose, dit-il; la transmission de l'infection par les bacilles constatés dans le liquide de lavage de l'estomac en est une autre. Suivant la formule d'Hamburger, ce sont uniquement les tuberculeux à expectoration bacillifère qui répandent l'infection.

G. Schreiber.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

G. Alberts et S. Dietrich. *L'économie du travail musculaire et le métabolisme intermédiaire* (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 11, 13 Mars 1937, p. 372-374). — A. et D. se sont efforcés de rechercher dans quelles conditions il survient des troubles de la transformation de l'énergie chimique en énergie mécanique. Pour cela ils ont fait exécuter sur la bicyclette de travail, soit par des sujets sains, soit par des diabétiques, un travail de 6.000 kg. en 10 minutes. En même temps les échanges gazeux étaient déterminés au moyen de l'appareil de Simonson.

Chez 10 sujets sains, l'utilisation de l'énergie du métabolisme sous forme d'énergie mécanique a atteint 19,5 pour 100. Chez 10 diabétiques qui ne présentaient pas d'acétone dans l'urine et qui consommaient 150 gr. d'hydrates de carbone, l'utilisation de l'énergie du métabolisme s'est élevée à 18,9 pour 100. Par ailleurs, le quotient respiratoire n'était, chez ces malades, que de 0,72 pour 100 contre 0,81 chez les sujets normaux. Les chiffres trouvés ont d'ailleurs bien montré que les diabétiques, comme les sujets sains, tirent surtout des hydrates de carbone l'énergie nécessaire pour les contractions musculaires.

Chez 4 diabétiques acidosiques qui ne pouvaient consommer autant d'hydrates de carbone que le groupe précédent, l'utilisation de l'énergie du métabolisme n'a atteint que 15,3 pour 100, le quotient respiratoire étant comme dans le groupe précédent de 0,72 pour 100.

Dans une autre série de recherches, on a soumis 3 sujets normaux à un régime tel qu'il y avait acétonurie; on a constaté alors que l'utilisation de l'énergie du métabolisme n'atteignait que 15,9 pour 100 et que le quotient respiratoire au repos était également de 0,72 pour 100. En épuisant les réserves de glycogène, surtout musculaire, par un travail considérable, 46.000 à 66.000 kilogrammètres exécutés à jeun, on a constaté qu'un nouveau travail de 6.000 kilogrammètres exécutés après repos ne modifie pas l'utilisation de l'énergie du métabolisme (18,1 pour 100), mais par contre, augmente fortement la consommation de graisse qui atteint 53 pour 100, proportion plus élevée que chez les diabétiques sévères (50 pour 100).

Ces constatations permettent de calculer que pour produire une calorie de travail mécanique, il faut 5 calories d'hydrates de carbone ou 6,2 calories de graisse. Le chiffre pour les graisses est le même chez les diabétiques légers. Par contre, chez les sujets présentant de l'acétonurie il faut 9,8 calories de graisse pour fabriquer une calorie de travail mécanique. Pour les diabétiques ayant une tendance à l'acidose on trouve un chiffre analogue: soit 9,6. En somme, quand il y a acétonurie, la combustion des graisses doit, pour fournir un même travail, augmenter de 55 pour 100.

P.-E. Morhardt.

Caspar Tropp. *La polarographie au service de la médecine* (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 11, 13 Mars 1937, p. 374-378). — La méthode polarographique qui a été mise au point par Heyrovsky permet de déterminer la réaction de très petites quantités de substances et repose sur l'emploi de l'électrode capillaire à gouttes de mercure découverte par Kucera. Les propriétés de cette surface mercurielle permettent, entre autres, de mettre en évidence trois ordres de phénomènes que T. expose après avoir donné quelques indications sur la signification mathématique des courbes obtenues avec ces appareils.

Le phénomène de la « maxima » permet, par exemple, de mesurer les énergies de surface avec une grande précision, de sorte qu'en filtrant une solution de NaCl avec du papier filtre, on lui ajoute des substances douées d'activité de surface et capables de faire disparaître le « maximum » donné normalement par l'oxygène qui existe en dissolution dans la solution. De même on peut déterminer avec précision le surchauffage auquel le sucre a été soumis au cours du raffinage, car cette opération fait apparaître des substances douées d'activité de surface. On arrive également à distinguer d'une façon

certaine l'acide acétique synthétique de l'acide acétique naturel.

Le phénomène de la réduction réversible permet, par exemple, de déterminer le plomb existant dans 2 ou 3 cmc de sang. Le manganèse du foie a pu être dosé jusqu'à 0,02 ou 0,01 γ. Il en a été de même pour la teneur en cuivre du lait de femme. Presque tous les métaux peuvent ainsi être dosés, ce qui est fort important en médecine surtout légale. Les combinaisons organiques qui sont réduites par le courant électrique, comme, par exemple, la formaldéhyde et l'acétaldéhyde peuvent être dosées à des concentrations atteignant 0,07 gr. pour 100. On arrive ainsi à déterminer les cétones, les acides fumarique, oxalique, narcotinique, etc.

Le phénomène de la réduction irréversible a une importance biologique encore plus importante. Il permet d'étudier des phénomènes catalytiques. Le système sulfhydryl, par exemple, est d'une telle sensibilité qu'on arrive à déterminer la teneur en cystine d'un seul poil pesant 0,05 à 0,7 milligr. On a ainsi constaté que les poils gros et rigides contiennent davantage de cystine que les poils fins et doux. De même on est arrivé ainsi à doser, dans 1 cmc de solution, 2 γ d'hémoglobine et 0,08 γ d'hématine.

P.-E. Morhardt.

W. Borgard, G. Matthiessen et **G. Zaeper.** ***Les effets de l'entraînement sur la respiration et la circulation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 11, 13 Mars 1937, p. 385-390). — Parmi les phénomènes que produit l'entraînement sportif, le plus connu et le plus impressionnant est constitué par la diminution de la fréquence de la respiration qui s'accompagne naturellement d'une augmentation du volume de chaque inspiration. La fréquence maxima au cours du travail est ainsi de 30 chez les entraînés et de 64 chez les non entraînés. Il y avait donc lieu de rechercher comment les premiers arrivent à fixer une quantité d'oxygène déterminée par une ventilation moindre.

Les recherches de B., M. et Z. ont confirmé tout d'abord que, pour un même travail, l'acide lactique du sang s'élève davantage chez les non entraînés que chez les entraînés, soit jusqu'à 255 milligr. pour 100 gr. chez les premiers et, chez les seconds, à 35 ou 60 milligr. En même temps qu'une acidification du sang, il survient pendant le travail un déplacement vers la droite de la courbe de dissociation de l'oxygène, déplacement qui est également bien plus important chez les premiers que chez les seconds. D'autre part, plus cette courbe de saturation de l'oxygène se déplace vers la droite, plus le « point de saturation » — point pour lequel la tension d'oxygène alvéolaire suffit tout juste pour artérialiser complètement le sang — se déplace lui aussi de façon à atteindre chez les entraînés 100 milligr. de Hg et, chez les non entraînés, 120 milligr. On calcule que, dans ces conditions, chaque litre d'air inspiré abandonne chez les premiers 70 cmc d'oxygène et chez les seconds seulement 42 cmc. Le volume respiratoire nécessaire pour que l'organisme s'empare de 3.000 cmc d'oxygène par minute est donc, en litres, de 42,8 chez les premiers et de 71,6 chez les seconds.

D'autre part, l'oxygène du sang n'est consommé que dans la proportion d'environ 30 pour 100, soit pour une capacité de 200 cmc. Au cours du travail musculaire cette utilisation augmente surtout chez les entraînés dont les capillaires s'ouvrent en favorisant une irrigation maxima des muscles qui travaillent. Chez les sujets non entraînés, les capillaires s'ouvrent moins, l'oxygène du sang est moins utilisé et l'acidification du sang s'élève d'une façon plus rapide.

Des travaux récents ont d'ailleurs montré que le sang intervient activement pour transporter l'oxygène nécessaire. Si on calcule que chaque litre de sang peut, au repos, fixer 180 à 190 cmc d'oxygène, par contre B., M. et Z. ont constaté qu'au cours du travail ce chiffre peut être porté à 245 cmc. Dans ces conditions, le débit cardiaque par minute peut, par entraînement, être réduit pour un même résultat de 20 à 25 pour 100.

L'organisme entraîné dispose également d'un mécanisme qui consiste à augmenter l'utilisation de l'oxygène pour la périphérie. Effectivement, l'entraînement arrive à porter la différence artério-veineuse pour O^2 à 150 cmc, chiffre qui reste chez les non entraînés à 95 cmc; l'utilisation varie chez les premiers de 59 à 64 et chez les seconds de 42 à 50 pour 100.

En résumé, pour une fixation de 2.000 cmc d'oxygène, les entraînés se contentent d'un débit cardiaque par minute de 20 litres, d'un pouls de 160 et d'un débit par pulsation de 120 cmc, alors que les non entraînés exigent, dans les mêmes conditions, un débit par minute de 30 litres, un pouls de 180 et un débit par pulsations de 167 cmc.

P.-E. Morhardt.

G. Hecht et **H. Weese.** ***La pharmacologie de la vitamine B_1 (Betaxine)*** [*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 12, 20 Mars, p. 414-415]. — La synthèse de la vitamine B_1 a permis de rechercher si l'administration de cette vitamine à doses élevées peut avoir des effets nocifs. H. et W. ont ainsi constaté que par administration intraveineuse de la dose de 50 milligr. par kilogramme, chez la souris, on détermine un état très passager d'excitation. Avec la dose de 75 milligr. par kilogramme, on fait apparaître le décubitus latéral et de la dyspnée, phénomènes qui durent au plus 2 minutes. Avec la dose de 100 milligr. par kilogr., un animal sur trois est mort. La dose de 150 milligr. par kilogramme a déterminé la mort de 3 animaux d'expérience. L'administration sous-cutanée est moins active: avec 1 gr. par kilogramme on arrive à tuer 2 animaux sur 3 en 20 minutes, et *per os*, il faut 2,5 à 3 gr. par kilogamme pour qu'un des 3 animaux d'expérience meure. Les lapins sont immédiatement tués avec une dose variant de 80 à 160 milligr. par kilogramme. Toutes ces expériences montrent que l'intoxication par la vitamine B_1 est extrêmement passagère. Chez le chat et le lapin anesthésiés, les doses atteignant 3 à 10 milligr. par kilogramme au moins provoquent un abaissement passager de la pression du sang, abaissement qui peut, avec des doses élevées, être considérable. Des doses de même ordre ou un peu plus élevées déterminent chez ces animaux un arrêt de la respiration. Étant donné ces faits il y a lieu d'admettre que la vitamine B_1 a une action paralysante sur les centres.

La glycémie présente une légère tendance à augmenter chez le lapin, sous l'influence de 0,1 gr. de vitamine par kilogramme, dose qui est sans action sur l'hypoglycémie insulinique. L'administration de 50 à 500 milligr. par kilogramme chez le cobaye augmente légèrement (20 pour 100) la consommation d'oxygène.

L'administration de vitamine B_1 renouvelée pendant 4 semaines à des doses faisant un total de 1,25 gr. par kilogramme n'a déterminé aucune lésion pathologique chez le lapin. Chez le rhésus des doses de 100 à 200 milligr. renouvelées tous les 2 jours n'ont provoqué ni lésion du système nerveux central ni effets cumulatifs. La dose toxique calculée chez le rhésus est de 600 milligr. par kilogramme, c'est-à-dire plusieurs dizaines de milliers de fois supérieure à la dose utilisée en thérapeutique humaine.

P.-E. Morhardt.

M. Gundel, J. Wüstenberg et **W. Heine.** ***Un moyen d'améliorer la thérapeutique spécifique des infections streptococciques de l'homme*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 12, 20 Mars 1937, p. 417-420). — Jusqu'ici la différenciation sérologique des divers types de streptocoques hémolytiques n'a conduit à aucun résultat pratique parce que les propriétés d'agglutination de ces agents microbiens sont très labiles. D'une façon générale tous les streptocoques qui donnent lieu à des cultures « R » ne peuvent pas être différenciés et 75 pour 100 des streptocoques provenant des processus pathologiques et qui donnent des cultures « S » sont spontanément agglutinables et par conséquent impossibles à différencier.

On arrive donc ainsi à se demander si les sérums thérapeutiques contiennent, comme il faudrait, des anticorps contre les types streptococciques les plus importants.

G. et ses collaborateurs ont eu, pour arriver à différencier les types S, recours à la méthode de l'antiformine imaginée par Uhlenhuth et appliquée systématiquement par K. Aoki. Ce dernier auteur a, en effet, établi qu'une solution d'antiformine à 1 pour 100 lyse différemment les récepteurs spécifiques et non spécifiques. Il a été ainsi possible, par une technique dont le détail est donné, de débarrasser certains types de streptocoques de leur agglutinabilité spontanée, de façon que seule l'agglutination spécifique persiste.

Chez 12 scarlatineux on a ainsi isolé 8 souches dont une seule a pu être identifiée par la méthode ordinaire sur lames, alors qu'après traitement à l'antiformine, on a retrouvé 3 souches appartenant au type 2, 4 souches appartenant au type 3 et une souche appartenant au type 4. Des streptocoques provenant de processus purulents ou inflammatoires et au nombre de 25 se sont répartis de la façon suivante: 8 du type 2, 11 du type 3, 1 du type 4, 4 du type 5 et 1 du type 6.

On arrive ainsi à admettre que seuls les types 1 à 6 jouent un rôle pathogène chez l'homme. D'après G. et ses collaborateurs les constatations ainsi faites permettront d'augmenter considérablement nos connaissances relatives à l'étiologie, l'épidémiologie et la thérapeutique spécifique des infections streptococciques de l'homme.

P.-E. Morhardt.

E. Urbach, F. Depisch et **G. Sicher.** ***Le problème de l'élévation isolée du sucre cutané ou diabète cutané*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 13, 27 Mars 1937, p. 452-456). — Certaines affections cutanées réfractaires à la thérapeutique, comme la furonculose, les abcès, l'eczéma, qui surviennent chez des sujets âgés ou obèses, réagissent souvent d'une façon remarquable sous l'influence du régime antidiabétique et, en pareil cas, l'existence d'une glycohistechie cutanée isolée a pu être établie. Les recherches sur cette question entreprises primitivement par Urbach ont été poursuivies de telle sorte que, dans ce travail, U., D. et S. peuvent rendre compte des observations faites dans près de 100 cas. La méthode consiste à pratiquer des biopsies au moyen d'un emporte-pièce électrique qui fait des prélèvements de 30 à 40 milligrammes de peau. Normalement la teneur en sucre de la peau s'élève à 61 milligr. pour 100 gr. et le rapport du sucre de la peau à celui du sang est égal à 59 pour 100. Chez la souris, le chien, le rat, le cobaye et le lapin, on trouve, dans la peau, une proportion de sucre plus élevée que chez l'homme (69 à 155 milligr.). A côté du sucre dosé par les méthodes classiques, il existe dans la peau 15 fois plus de sucre fixé, c'est-à-dire du sucre qui doit être soumis à l'hydrolyse avant d'acquérir des propriétés réductrices.

Le sucre libre de la peau augmente sous l'influence de l'administration de glucose *per os*: le maximum de cette courbe s'observe plus tardivement que celui de la courbe correspondante du sang et le retour à la normale ne se fait guère qu'en 3 heures. Inversement un régime pauvre en hydrates de carbone abaisse le sucre cutané à jeun.

Chez les diabétiques qui ne présentent pas d'affections cutanées on constate que le quotient sucre cutané: glycémie ne dépasse pas 65 pour 100, chiffre normal, alors qu'après administration de glu-

cose ce quotient atteint parfois 80 pour 100. Chez le chien pancréatectomisé le sucre de la peau atteint en moyenne 85 milligr. pour 100 gr. et le quotient 69,5 pour 100.

U. et ses collaborateurs ont constaté que dans 19 cas, le sucre de la peau dépassait 70 milligr. et dans 9 autres cas dépassait 80 milligr. Il s'agissait de sujets atteints d'eczéma chronique, de furonculose, d'abcès, de prurit, etc. Les dermatoses qui s'observent en cas de glycohistechie cutanée isolée résistent aux méthodes ordinaires mais sont favorablement modifiées par un régime pauvre en hydrates de carbone ou par un traitement passager à l'insuline, comme le montrent 4 observations. En pareil cas on peut donc légitimement parler de « diabète cutané ».

Il y a lieu de se demander s'il s'agit là d'un diabète proprement pancréatique. D'après U. et ses collaborateurs, il semble bien que les affections de ce genre soient en relations avec l'appareil insulaire et en tout cas avec un trouble des échanges sucrés de la peau. On ne peut pas admettre, en effet, que le sucre augmente dans la peau simplement par diffusion. D'ailleurs la proportion de sucre existant dans la peau montre que cet organe comme le foie et les muscles intervient dans les échanges d'hydrates de carbone et notamment dans la désintégration oxydative, car on a retrouvé dans la peau de l'acétaldéhyde ainsi que des ferments diastatiques.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE (Berlin)

Wilhelm Klodt. ***Etude sur l'influence inhibitrice du chlorure de sodium sur le développement et la fonction des organes sexuels*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **163**, fasc. 3, 15 Avril 1937, p. 662). — Si, chez les souris infantiles, on introduit une grande quantité de sel de cuisine dans l'alimentation, on empêche le développement et le fonctionnement des organes génitaux femelles et on conduit les animaux ainsi traités à la stérilité. Chez les souris adultes femelles et propres à la reproduction une telle addition de sel de cuisine conduit, aussi, à la stérilité sans que, cependant, on puisse toujours trouver dans les organes génitaux (ovaires, utérus, vagin) des transformations morphologiques notables. Le développement et la fonction des glandes mâles n'est pas influencé de façon nette. Il y a tout lieu de supposer que le sodium du sel de cuisine empêche l'effet de l'hormone gonadotrope de l'hypophyse. A titre d'hypothèse de travail, on peut envisager que, dans le traitement de certaines stérilités féminines d'étiologie peu claire, on aurait quelque chance d'obtenir une influence thérapeutique par une nourriture pauvre en sel de cuisine.

Henri Vignes.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Alexander et **Hasselbach.** ***Tuberculose pulmonaire et atélectasie*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **77**, n° 1, 1937, p. 1-20). — A. et H. ayant éliminé l'atélectasie congénitale, distinguent l'atélectasie de résorption, due à un obstacle bronchique interdisant à l'air de pénétrer dans une région du poumon (corps étrangers tumeurs, cyphoscolioses, tuméfactions de la muqueuse bronchique), et l'atélectasie par compression liée à un exsudat pleural ou à un pneumothorax. De nombreuses circonstances peuvent, au cours de la tuberculose pulmonaire, donner lieu à une atélectasie : obstruction des bronches par le sang d'une hémoptysie, par des fragments de poumon caséifié, par un ganglion caséeux, par une tuméfaction de la muqueuse bronchique sous-jacente à des granulations. Il n'y a pas lieu de tenir compte d'une obstruction par impossibilité d'expectorer. Par ailleurs, un obstacle exogène (ganglion hilaire, fibrose intense d'un lobe) peuvent entraîner une atélectasie pulmonaire. Il s'agit généralement de petits territoires pulmonaires dans lesquels cependant le processus caséeux gagne assez rapidement, ainsi on observe l'élargissement de cavernes dans ces zones, mais non constamment. Dans certains cas le diagnostic peut prêter à doute avec de grands épanchements. A. et H. rapportent différents types d'atélectasie chez l'enfant et chez l'adulte, qu'illustrent de nombreuses radiographies.

Ainsi sont isolées les formes suivantes : collapsus pulmonaire massif après vomique d'origine ganglionnaire, atélectasie moyenne au cours d'infiltrats ou au cours de tuberculose à foyers disséminés ; ils isolent une forme spéciale en coïncidence avec un pneumothorax, et étudient enfin à l'aide de nombreux clichés le comportement des cavernes pulmonaires en fonction de l'atélectasie.

G. Basch.

Feuchtinger. ***Diagnostic différentiel entre les tumeurs primitives des poumons et la tuberculose pulmonaire et rôle de la tuberculose dans la genèse d'états précancéreux*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. **77**, n° 2, 1937, p. 81-107). — F., dans un mémoire très détaillé, expose tout d'abord l'anatomie pathologique des tumeurs malignes du poumon et leur point de départ ; il envisage également leurs conditions étiologiques (irritation chronique d'origine chimique, corps étrangers, etc...). Quant à la coïncidence du cancer et de la tuberculose, on sait qu'elle a prêté depuis longtemps à de nombreuses recherches statistiques, le problème le plus intéressant étant le rôle provocateur possible d'une ancienne tuberculose pulmonaire vis-à-vis d'une tumeur maligne. Il apparaît bien que la tuberculose pulmonaire puisse constituer un état précancéreux dans la même proportion que les autres irritations ou inflammations chroniques. Le diagnostic différentiel peut être d'autant plus malaisé que la coexistence de deux affections n'est pas exceptionnelle, ainsi qu'il ressort de quelques observations qu'appuient de démonstratifs clichés. La même incertitude règne quant au rôle favorisant que joue la profession du patient, ainsi que sa nationalité. Les mêmes recherches statistiques portant sur l'hérédité, sur les maladies antérieures, sur l'usage modéré ou non du tabac, n'entraînent pas de conclusions fermes.

Du point de vue des symptômes, F. a trouvé dans plusieurs cas des bacilles dans les crachats (coïncidence de tuberculose pulmonaire), dans 3 cas des crachats hémoptoïques, dans 4 cas des cellules à noyaux atteints de dégénérescence graisseuse, dans un cas des cellules tumorales. Quant aux complications, on a pu noter de l'atélectasie, des exsudats pleuraux, enfin une infiltration pneumonique.

G. Basch.

ZENTRALBLATT FUR INNERE MEDIZIN (Leipzig)

H. Schulten. ***L'importance en clinique de l'exploration de la moelle osseuse pendant la vie*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **58**, n° 11, 13 Mars 1937, p. 193-207). — S., qui est familiarisé de longue date avec la ponction sternale et a publié tout récemment un ouvrage remarquable sur la question, montre ici la valeur de cette méthode, mais aussi les limitations qu'elle connaît. Cette longue étude d'ensemble ne se prête guère malheureusement à une brève analyse, en raison de la multiplicité et de la complexité des faits.

En bref, de l'expérience de S. il résulte que la ponction sternale peut apporter des renseignements diagnostiques dans un assez grand nombre d'états morbides ; toutefois il s'agit là de maladies qui ne sont pas particulièrement fréquentes. Par ailleurs, la ponction sternale est spécialement indiquée quand on soupçonne une anémie pernicieuse sans pouvoir l'établir cliniquement de façon certaine ou quand on pense à une leucémie lymphatique ou myéloblastique, à un myélome, à des métastases cancéreuses, à un lymphogranulome ou à d'autres réticuloses. Le résultat de la ponction sternale est encore important pour différencier les polycythémies, les anémies aplastiques, les agranulocytoses et les thrombopénies. En outre, on ne négligera pas de la pratiquer quand, en présence de modifications de la formule sanguine ou des organes hématopoïétiques, on n'arrive pas à poser autrement un diagnostic certain ; il faut mentionner avant tout à ce propos les cas fréquents d'anémie et de splénomégalie de nature obscure.

Maintes fois on arrivera à recueillir des éclaircissements diagnostiques ; de plus, le médecin aura la possibilité d'étudier les cellules sanguines et leurs stades précurseurs, ce dont bénéficiera son diagnostic hématologique.

Indépendamment de cette utilisation à des fins pratiques, le chercheur devra employer cette méthode d'exploration dans tous les cas où l'on peut s'attendre à des modifications pathologiques de la moelle osseuse. Ainsi pourra-t-il approfondir la pathogénie de ces affections.

P.-L. Marie.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Dussik. ***Le myxœdème dans la syringomyélie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 11, 19 Mars 1937, p. 372-374). — D. relate l'observation d'un malade atteint de syringomyélie, chez lequel on vit apparaître bien des années après le début de cette affection des symptômes de myxœdème assez étroitement circonscrits aux régions touchées les premières par le processus syringomyélique (membre supérieur droit). D. invoque plusieurs théories pathogéniques pouvant expliquer cette association morbide : atteinte simultanée de la moelle épinière et de la glande thyroïde ; lésions du sympathique cervical au cours de la syringomyélie (dont témoignait un syndrome de Claude Bernard-Horner du côté droit) troublant l'innervation de la glande ; perturbation possible, au cours de la syringomyélie, du mécanisme régulateur des sécrétions endocrines, etc...

Quoi qu'il en soit, le myxœdème disparut à la suite d'un traitement thyroïdien.

G. Basch.

Kun. ***Action sur la peau, de l'hormone folliculaire administrée par voie trans-cutanée*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 12, p. 408-411). — Les expériences ont été pratiquées d'une part sur des rats séniles, présentant en différentes places une chute étendue des poils, d'autre part sur des rats infantiles soigneusement triés et ayant la particularité de présenter des alopécies. La folliculine était incorporée à une pommade à base de lanoline, soit sous forme de benzoate de dihydrofolliculine (1.500 U. I. par gramme), soit de dihydrofolliculine à la même concentration, et pommade appliquée 3 fois par semaine sur les parties glabres à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr., par un massage soigneux.

L'action de la folliculine se manifeste après 4 ou 5 applications par une repousse locale sur les zones de peau frictionnées à la pommade, puis secondairement, par une repousse des poils dans d'autres territoires.

Histologiquement, on constate : 1° un épaississement considérable de la peau ; 2° des modifications de toutes les couches de la peau ; 3° une hyperémie par dilatation des capillaires cutanés.

G. Basch.

Kun et **Peczenik.** ***Action biologique de l'hormone sexuelle mâle renforcée par l'adjonction de folliculine*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 13, p. 439-441). — K. et P. mesurent cette

action à l'aide d'un nouveau test : l'application d'un courant électrique chez un rat adulte détermine régulièrement une éjaculation ; ce phénomène disparaît chez l'animal castré, pour reparaître après administration d'hormone sexuelle mâle. K. et P. détaillent leur technique avec précision : les animaux sont d'abord soumis, sous anesthésie, à une première épreuve ; si elle est positive (éjaculation après 3 excitations électriques), ils sont castrés 4 jours plus tard, et on vérifie, tous les 4 jours, la disparition du réflexe d'éjaculation qui survient dans un laps de temps de 4 à 21 jours.

24 heures après la première épreuve négative, on commence à administrer l'hormone dont on veut titrer l'activité biologique (3 injections sous-cutanées quotidiennes, pendant 3 jours consécutifs, d'une même dose en solution huileuse). Le 5e jour après la 1re injection, nouvelle épreuve, répétée le lendemain si elle est négative. En employant des concentrations croissantes d'hormone, on arrive donc à déterminer, le 5e ou le 6e jour, la dose limite qui permet de faire réapparaître l'éjaculation après excitation électrique.

Chez d'autres animaux, on adjoint à l'hormone mâle une quantité constante de folliculine (600 U. I. ou Benzoate). Le contrôle est pratiqué le 8e ou le 9e jour.

Les résultats sont les suivants :

Le testostérone est le produit le plus actif sous forme de propionate. Il est activé 40 fois par l'adjonction de folliculine.

L'androstérone, sous sa forme la moins active (Benzoate), est activée 20 fois par la folliculine ; au contraire, sous sa forme la plus active (Androstendial), il est réfractaire à l'action de la folliculine.

Les auteurs insistent sur la rapidité, la simplicité et la spécificité de leur méthode qui nécessite de très petites quantités d'hormone.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Marburg. ***Du rôle de l'hérédité dans les maladies du système nerveux et en particulier dans la sclérose en plaques*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n° 10, 6 Mars 1937, p. 260-264). — M. a recueilli dans la littérature et dans sa pratique personnelle une trentaine d'observations semblant démontrer qu'il existe des cas de S. en P. où l'hérédité directe, plus particulièrement l'hérédité maternelle, est en cause. Mais, en premier lieu, le nombre de ces cas est minime par rapport au grand nombre de S. en P. dans lesquelles on ne retrouve aucun facteur héréditaire ; d'autre part, dans certaines observations, on constate que l'affection a débuté (apparemment du moins) plus tard chez l'ascendant que chez les descendants.

M. fait part d'un certain nombre de réflexions suggérées par ces faits ; sans nier que l'hérédité ne joue son rôle dans la genèse dans la S. en P., il estime qu'il s'agit plutôt d'une hérédité de terrain et se refuse à considérer la S. en P. comme une affection « hérédo-dégénérative ».

G. Basch.

Ausch. ***Traitement de la névralgie du trijumeau par la lampe de quartz froide*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n° 13, 27 Mars 1937, p. 349-351). — A. s'appuie sur 60 observations de névralgies dites « idiopathiques » du trijumeau, ayant résisté à de nombreuses thérapeutiques et guéries par une ou plusieurs irradiations par la lampe de quartz froide. Il faut éliminer, bien entendu, les névralgies symptomatiques, et, en particulier, il y a contre-indication dans tous les processus inflammatoires de la mâchoire qui évoluent vers la suppuration. Par contre, le traitement agit favorablement au début de certaines paradentoses.

A. se défend de considérer sa méthode comme universelle, mais agirait-elle seulement dans 30 pour 100 des cas de névralgie essentielle du trijumeau que sa simplicité et son innocuité imposent qu'elle soit tentée avant toute méthode chirurgicale.

G. Basch.

Reuss. ***Contribution à la question des méningites dites « séreuses »*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n° 14, 3 Avril 1937, p. 381-383). — R. s'élève contre l'usage qui englobe sous le terme de « méningites séreuses » une série d'états bien différents dont les uns sont aussi abusivement qualifiés de méningites que si l'on appelait péritonite une ascite mécanique, les autres improprement dénommés séreux. Il propose le démembrement de ces états méningés caractérisés par l'aspect séreux du liquide, et donne la classification suivante : 1° méningite tuberculeuse ; 2° méningite syphilitique ; 3° réactions méningées déterminées par des bactéries, toxines bactériennes ou autres corps toxiques ; 4° méningites séreuses à proprement parler (encéphalomyélites) ; 5° méningites séreuses infectieuses aiguës (dites « aseptiques ») ; 6° formes chroniques.

G. Basch.

Hassmann. ***Signification diagnostique des caractères du liquide céphalo-rachidien au cours de l'encéphalite, de la poliomyélite et de la méningite séreuse infectieuse*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n° 14, 3 Avril 1937, p. 384-387). — H. a fait des ponctions lombaires isolées ou en série chez des enfants atteints d'encéphalite à forme méningée (36), de poliomyélite antérieure aiguë (79) ou de méningite séreuse infectieuse (21). Les conclusions de son travail sont les suivantes : contrairement à l'opinion généralement admise, la teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien n'est pas toujours normale ou au-dessus de la normale ; dans les trois affections le chiffre de la glycorachie est inférieur à la normale dans de nombreux cas ; H. n'a pas non plus observé une corrélation entre le nombre et la proportion des éléments cellulaires et le taux de la glycorachie. Enfin des ponctions lombaires pratiquées en série chez les mêmes enfants semblent prouver que ces chiffres subissent des variations non négligeables et individuelles suivant le moment où est pratiquée la ponction lombaire.

G. Basch.

A FOLHA MEDICA (Bahia)

R. de Paula Souza. ***Les relations entre biotype et réaction à la tuberculine à l'âge scolaire*** (*A Folha Medica*, t. **27**, n° 31, 25 Novembre 1936, p. 493-497). — P. S. classe les sujets en *macro-*, *méso-* et *brachyskéliques*, selon le rapport entre le buste et la stature, comme Ruggieri.

La tuberculose modifie les biotypes. L'on avait remarqué, d'autre part, que le type leptosomique lui opposait une résistance moindre.

P. S. a étudié 643 écoliers du point de vue du biotype et de la réaction de Pirquet : il ne peut mettre en évidence aucune relation entre la tuberculose latente et le biotype. De même aucune relation entre la réaction de Pirquet, la taille ou le poids.

G. d'Heucqueville.

J. P. Vieira. ***Quatre années de physiothérapie appliquée à la dermatologie*** (*A Folha Medica*, t. **27**, n° 33, 25 Novembre 1936, p. 517-521). — V. a pratiqué 4.000 applications radiothérapiques en dermatologie, utilisant en particulier les rayons mous avec filtre de 1 à 3 cm. d'aluminium.

La radiothérapie donne des résultats remarquables dans les *verrues* plantaires et planes, les *sycosis*, les *bromhydroses*, le *zona*, l'*acné*, les *mycoses*, les *furonculoses*, les *chéloïdes*, etc...

V. y a recours encore avec fruit dans les eczémas, les épithéliomas, les psoriasis. En revanche, pas de résultat dans l'artérite, l'érythème noueux, la blastomycose.

G. d'Heucqueville.

J. P. Vieira. ***L'eczéma des menuisiers : son traitement radiothérapique*** (*A Folha Medica*, t. **27**, n° 35, 15 Décembre 1936). — L'eczéma professionnel des menuisiers survient chez les ouvriers travaillant spécialement le bois de palissandre.

Il se manifeste par une éruption palmaire, vésiculeuse, bulleuse ou pustuleuse, rendant impossible le travail. Les lésions de la pulpe des doigts permettent la classification dactyloscopique par empreintes digitales, précieuses pour le diagnostic médico-légal de la maladie professionnelle.

Les traitements de désensibilisation par autohémothérapie, hyposulfite de soude, gluconate de calcium, restent sans résultat. Au contraire, V. guérit ces malades par applications de rayons X.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

R. M. Wilder, E. C. Kendall, A. M. Snell, E. K. Kepler, E. H. Rynearson et **M. Adams.** ***L'ingestion de potassium, point important dans la maladie d'Addison*** (*Archives of internal Medicine*, t. **59**, n° 3, Mars 1937, p. 367-394). — Loeb et Harrop ont établi expérimentalement que la perte des ions Cl et Na intervenait grandement dans la genèse des crises caractéristiques de la maladie d'Addison. Toutefois les résultats obtenus, en ne donnant que du NaCl aux malades, sont moins satisfaisants que lorsqu'on administre de l'extrait de cortex surrénal et la vie d'un chien complètement privé de surrénales ne peut être indéfiniment maintenue avec le seul NaCl. Une série de remarques cliniques et expérimentales a conduit à envisager le potassium comme facteur défavorable dans la maladie d'Addison.

Les recherches exposées ici ont eu pour but de déterminer : 1° si l'augmentation de l'apport de K provoque des pertes de Na et de Cl, favorisant ainsi la production des crises addisoniennes ; 2° si la diminution de l'apport de K est avantageuse aux addisoniens, et en particulier si cette restriction peut réduire les besoins en sels de Na et en extrait de cortex surrénal.

Une étude métabolique très minutieuse a été faite à la Clinique Mayo chez 3 addisoniens pour élucider ces questions. Elle a montré que la teneur en K du régime influence l'évolution de la maladie et la production des crises.

Un apport de K ne dépassant pas 4 gr. par jour, quantité habituelle dans une alimentation normale, peut provoquer l'excrétion de Na et de Cl, d'où pertes sensibles en Na et Cl et rapprochement des crises. Il peut ne pas être possible d'empêcher la production de ces effets du K au moyen de l'administration de Na et de Cl atteignant 18 gr. de NaCl et 5 gr. de citrate de Na par jour.

Si l'apport de K est abaissé à 1 gr. 60 environ par jour, les besoins en Na et en Cl diminuent et il devient possible, bien que non absolument désirable, de maintenir les patients en bon état avec des doses plus faibles de sels de Na que celles qui sont autrement nécessaires et sans extrait cortical. Les résultats thérapeutiques optima demandent non seulement la restriction du K, mais des doses optima plutôt que minima de sels de Na et, quand il est possible, mais toujours en cas de péril, des injections d'un extrait actif de cortex surrénal.

Constituer un régime ne renfermant pas plus de 1 gr. 60 de K est chose délicate. Un menu-type est indiqué. Un tel régime est sujet à manquer de

Ca, de pH, de fer et de vitamines B et G. Pour éviter des complications résultant de la carence de ces facteurs, le régime doit être convenablement enrichi par l'adjonction de phosphate de chaux, d'un sel de fer et de vitamines concentrées B et G (B[2]).

P.-L. Marie.

E. De Gowin, H. E. Osterhagen et **M. Andersch.** ***L'insuffisance du rein par transfusion sanguine, ses rapports avec l'acidité urinaire*** (*Archives of internal Medicine*, t. **59**, n° 3, Mars 1937, p. 432-445). — De G. a observé récemment 2 cas d'anurie mortelle après transfusion, bien que les sangs fussent compatibles selon les tests en usage actuellement. La mort semblait résulter d'une précipitation de l'hémoglobine au niveau des tubuli du rein. De G., O. et A. ont repris le problème expérimentalement.

Ils ont constaté que, lorsque l'urine est alcaline, l'injection d'une grande quantité d'hémoglobine de chien à des chiens se montre inoffensive. 4 chiens ont pu ainsi recevoir 38 transfusions sans incident. Chez un des chiens se produisit une rétention azotée à trois reprises parce que, lors de la transfusion, l'urine était acide.

Quand l'urine est acide, les transfusions produisent tôt ou tard de l'insuffisance rénale. 7 chiens moururent dans le coma de 4 à 10 jours après la transfusion, avec des chiffres d'azote de l'urée compris entre 120 et 362 milligr. pour 100 cmc de sang et des chiffres de créatinine compris entre 4 et 15 milligr. Un chien fut sacrifié alors qu'il se remettait; l'azote de l'urée atteignait 95 milligr. Seul un chien soumis au régime acide survécut à 7 transfusions. Le syndrome observé chez les animaux ressemble de près, cliniquement et chimiquement, à celui qui a été décrit chez l'homme présentant de l'insuffisance rénale résultant de l'hémoglobinurie.

De l'étude anatomo-pathologique il ressort que la cause de l'insuffisance rénale résultant de l'hémoglobinurie chez les chiens est l'obstruction des lumières des tubuli par des masses de pigment dérivant de l'hémoglobine.

Ces recherches confirment les expériences faites par Baker sur les lapins.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Winkelmann et **Matthew T. Moore.** ***Le traitement de la myasthénie et de la dystrophie musculaire par la prostigmine*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **37**, n° 2, Février 1937, p. 237-253). — Depuis les premiers essais de Walker en 1934, les heureux résultats donnés par la prostigmine dans la myasthénie ont été observés par divers auteurs.

W. et M. ont essayé ce médicament dans 6 cas de myasthénie grave, dans 6 cas de dystrophie musculaire, et dans 1 cas de sclérose latérale amyotrophique.

L'action du médicament apparaît 3 à 5 minutes après l'injection, atteint son maximum après une demi-heure, et commence à s'atténuer après 3 à 5 heures.

Dans les formes légères de myasthénie la prostigmine fait disparaître tous les symptômes, dans les formes plus sérieuses l'amélioration est moins complète mais toujours appréciable.

Pour prolonger l'action du médicament, W. et M. ont essayé de faire 3 doses de 1 cmc dans la journée, au lieu d'une dose massive. Pour la même dose globale l'action est plus durable, et l'on évite les petits inconvénients du médicament tels que: crampes, nausées et vomissements, troubles oculaires.

Dans les cas de dystrophie musculaire la prostigmine augmente passagèrement la force musculaire; dans les formes graves avec contracture W. et M. n'obtinrent pas d'amélioration.

Chez les enfants les petits inconvénients du médicament sont moins marqués, ou même absents.

Dans le cas de sclérose latérale amyotrophique la prostigmine provoqua une augmentation marquée des fasciculations.

H. Schaeffer.

Eugène B. Ferris, Richard B. Capps et **Soma Weiss.** ***Le rapport du sinus carotidien avec le système nerveux autonome et les névroses*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **37**, n° 2, Février 1937, p. 365-385). — L'étude de 56 malades présentant un syndrome du sinus carotidien ainsi que leurs diverses réactions sont rapportées par F., C. et W. Ils en déduisent que: bien qu'une altération temporaire du tonus du système nerveux autonome puisse être consécutive à la dénervation d'un sinus carotidien hypersensible, il ne survient pas de changement permanent dans les fonctions végétatives autres que celles qui sont directement associées avec le syndrome du sinus carotidien.

La dénervation du sinus carotidien ne modifie pas les symptômes des sujets atteints de névroses végétatives. L'administration de petites doses de cyanure de sodium augmente la sensibilité du sinus carotidien aux stimulations mécaniques. En agissant sur la circulation périphérique, les nitrites accentuent grandement l'action dépressive du sinus carotidien. Les impulsions du sinus carotidien peuvent d'ailleurs déterminer des manifestations de nature opposée chez des personnes différentes. Le taux du métabolisme basal est souvent subnormal chez les sujets atteints de névroses diverses. F., C. et W. pensent que la consommation de l'oxygène est une fonction du système nerveux autonome qui n'est pas nécessairement un témoin de l'activité thyroïdienne.

Des appareils tels que les globes oculaires, le pharynx, le larynx, les bronches, la plèvre et l'œsophage, les anévrysmes artério-veineux sont des types de centres sensitifs qui dans des conditions pathologiques peuvent influencer certaines portions efférentes du système nerveux autonome au même titre qu'un sinus carotidien anormal.

Ces travaux permettent de penser que maintes névroses végétatives relèvent d'une affection organique beaucoup plus souvent qu'on le pense.

F., C. et W. pensent que le sinus carotidien ne semble pas jouer un rôle majeur dans la régulation du tonus permanent du système nerveux végétatif.

H. Schaeffer.

AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

O. Watkins Smith et **G. Van S. Smith.** ***Prolan et folliculine dans le sérum et l'urine de femmes diabétiques et non diabétiques pendant la grossesse avec données particulières sur la toxémie tardive de la gestation*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **33**, n° 3, Mars 1937, p. 365-379). — Pendant des grossesses normales suivies chez 12 femmes non diabétiques c'est vers le 2e mois que la quantité de prolan dans l'urine et dans le sang atteint son maximum. Au début du 4e mois, cette hormone atteint un minimum, cependant que la folliculine va augmenter. Le maximum d'élimination, pour celle-ci, dans l'urine et le maximum du taux sérique se place au cours des 3 derniers mois de la grossesse. Dans les toxémies gravidiques, il y a augmentation du prolan et diminution de la folliculine et l'élévation anormale du taux du prolan sérique précède les manifestations cliniques de 6 bonnes semaines.

Si, chez une femme diabétique, la grossesse évolue normalement, la courbe hormonale est superposable à celle d'une femme non diabétique.

Par contre, si, chez une femme diabétique, on constate une augmentation du taux du prolan sérique entre le 5e et le 7e mois, on peut annoncer qu'il y aura toxémie tardive de la grossesse.

W. S. et V. S. S. ont suivi 11 femmes diabétiques pendant leur grossesse. 4 grossesses se sont terminées par la naissance de morts-nés ou de fœtus géants. Les 4 mères présentaient, toutes, la courbe typique faisant présager une toxémie gravidique. Tout au contraire, les femmes diabétiques, ayant eu un taux normal de prolan et de folliculine, ont accouché normalement d'enfants vivants. 2 diabétiques dont le taux de prolan était normalement augmenté ont dû être opérées par césarienne à 7 mois 1/2 à l'occasion d'accidents toxiques avec extraction d'enfants vivants bien constitués.

Henri Vignes.

Priscilla White. ***Diabète compliquant la grossesse*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **33**, n° 3, Mars 1937, p. 380-385). — P. W. a déjà publié d'importants travaux sur l'association du diabète et de la grossesse et sur l'hérédité du diabète. Le présent travail se fonde sur une série de 271 grossesses chez 191 diabétiques suivies par Joslin de 1898 à 1935, avant et après l'ère de l'insuline. La fréquence de l'avortement spontané au cours du diabète apparaît à P. W. comme susceptible d'être réduite dans de notables proportions si la glycémie et la glycosurie étaient régulièrement suivies. La toxémie et l'éclampsie sont des éventualités particulièrement fréquentes, surtout dans le diabète des très jeunes femmes. Le taux des avortements est passé de 29 à 25 pour 100 avec l'insuline et celui des mort-nés de 22 à 16 pour 100. On observe fréquemment la naissance d'enfants gigantesques sans doute par le fait d'une surproduction de prolan: des injections de prolan, chez le lapin, donnent des fœtus géants souvent morts et macérés. La mort du nouveau-né est due soit à l'hypoglycémie, soit à l'asphyxie consécutive à un travail prolongé ou à des effets d'acidose. La femme diabétique est tout particulièrement exposée au coma, à l'hypoglycémie et à l'acidose. Les malformations congénitales sont fréquentes.

Il n'est pas désirable qu'une femme diabétique ait des grossesses répétées. Pendant la grossesse, le traitement antidiabétique doit être surveillé d'une manière très individualisée. Il sera poursuivi sans interruption. Les diabétiques sont, toujours, de médiocres nourrices.

Henri Vignes.

R. S. Titus. ***Diabète au cours de la gravidité au point de vue obstétrical*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. **33**, n° 3, Mars 1937, p. 386-392). — Jusqu'en 1920, l'association de grossesse et de diabète était un drame. Il est évident que la thérapeutique par l'insuline a augmenté les possibilités de grossesse pour les femmes diabétiques. Mais il est indispensable qu'une telle femme, devenant enceinte, soit soumise à un contrôle médical constant et rigoureux. Si l'on procède ainsi et que l'on institue une insulinothérapie correcte, on assure à la femme une grossesse à peu près sans danger. Mais l'emploi de l'insuline ne permet pas d'obtenir à coup sûr la naissance d'un enfant vivant. La vie de l'enfant est très compromise dans un diabète quelque peu grave et surtout au cours des dernières semaines. Aussi est-il bon d'interrompre la grossesse pour éviter la mort intra-utérine, et, pour cela, la méthode la plus sûre est de pratiquer une césarienne dès que le fœtus semble être à un stade de développement satisfaisant. On terminera, habituellement, par une stérilisation.

Henri Vignes.

THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE (New-York)

Morgan, Vonderahe et Malone. ***Des lésions anatomiques du thalamus dans le diabète sucré*** (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. **85**, n° 2, Février 1937, p. 125-139). — Tout porte à penser qu'il existe dans la région hypothalamique des centres en rapport avec le métabolisme des hydrates de carbone, mais où siègent-ils, dans la partie antérieure ou postérieure de l'hypothalamus? Le groupe antérieur est en rapport avec le système parasympathique, et le groupe postérieur avec le sympathique. L'intervention des deux systèmes peut s'expliquer. Morgan et Johnson ont montré expérimentalement que l'hyperglycémie par lésions des noyaux postérieurs était sans doute liée à l'adrénalinémie; mais il est possible également qu'une lésion de l'hypothalamus antérieur intervienne dans la glycorégulation agissant sur l'activité des îlots de Langerhans.

M., V. et M. rapportent 15 cas de diabète où un examen du diencéphale a été soigneusement fait. Le noyau paraventriculaire est le seul qui dans les 15 cas ait présenté constamment des altérations. Le ganglion basal optique n'était altéré que dans un cas. La substance grise était altérée dans six cas, et le noyau tubérien latéral dans les mêmes cas que précédemment hormis un.

Les lésions de la substance grise et du noyau tubérien latéral ont donc une valeur discutable. D'autant que Morgan et Gregory, dans 32 cas de psychose, ont trouvé des lésions de même ordre dans ces noyaux, et que 5 sur 6 des diabétiques de M., V. et M. qui offraient de telles lésions présentaient des anomalies psychiques.

H. Schaeffer.

NEOPSICHIATRIA

Mario Rossi. ***L'action thérapeutique des extraits fluides de racine de belladone italienne dans l'encéphalite épidémique chronique, et en particulier sur ses manifestations psychiques*** (*Neopsichiatria*, an. 2, vol. 2, n° 5, Septembre-Octobre 1936, p. 582-609). — Les résultats obtenus dans les syndromes postencéphalitiques par l'extrait de racine de belladone italienne sont basés sur l'observation de 43 cas personnels. Ces résultats ne semblent pas inférieurs à ceux que donne la racine de belladone bulgare, et les résultats pratiques sont dans l'ensemble satisfaisants.

L'hypertonie et les troubles d'origine végétative sont ceux qui semblent bénéficier le plus largement du traitement. Les syndromes parkinsoniens sont donc améliorés chez les sujets atteints de troubles mentaux, les résultats sont variables. Les troubles psychiques à type asthénique, avec état de dépression et tendance hypocondriaque, sont améliorés. Au contraire les syndromes éréthiques, avec tendance amorale, réactions antisociales et perversions sexuelles n'en tirent aucun bénéfice.

L'avantage de ce mode d'application du traitement est de permettre un dosage exact des principes actifs.

Il ne semble pas que ce traitement ait une action directe sur le système nerveux central, mais peut-être agit-il sur les terminaisons du système nerveux végétatif ortho-sympathique et parasympathique. Son action paralysante sur les terminaisons périphériques de ce système neutraliserait l'hyperactivité des centres neuro-végétatifs qui règlent le tonus musculaire et le fonctionnement des glandes endocrines et exocrines.

H. Schaeffer.

ORVOSI HETILAP (Budapest)

K. Pinter. ***Le cuivre dans le traitement de la syphilis*** (*Orvosi Hetilap*, t. **81**, n° 13, 27 Mars 1937, p. 338-341). — P. qui depuis de nombreuses années s'occupe déjà avec la métallothérapie de la syphilis, nous fait connaître, dans cet ouvrage, les résultats de ses observations sur l'effet des sels de cuivre dans cette maladie.

Il a trouvé que les sels solubles de cuivre ne sont pas utilisables, à cause de l'action locale et toxique générale de ces composés. Se basant sur plusieurs examens il a employé, dans le traitement de la syphilis, le salicylate de cuivre. Il lui fut possible de démontrer que les sels de cuivre sont très utiles dans la médication de cette affection. Sous l'influence du cuivre les spirochètes disparaissent, le syndrome clinique de la maladie, ainsi que les symptômes tardifs disparaissent. L'influence de ces composés sur les réactions sérologiques dans plusieurs cas n'a pas été entièrement satisfaisante. L'échec de la guérison complète peut s'expliquer par le fait que l'injection du cuivre étant très douloureuse, il était impossible, dans certains cas, de suivre le traitement jusqu'à une dose suffisante.

A. Blazso.

NAGASAKI IGAKKWAI ZASSI

S. Izawa. ***La respiration tissulaire de l'ovaire pendant la gestation*** (*Nagasaki Igakkwai Zassi*, t. **15**, n° 3, 25 Mars 1937, p. 338-349). — I. a mesuré la consommation d'oxygène de l'ovaire du cobaye par la méthode de Warburg. Pendant la gestation cette consommation s'élève faiblement dès le début, atteint son maximum pendant la seconde période de la gestation, puis retombe. A la fin de la gestation, le quotient respiratoire est même inférieur à la normale, mais il revient au taux normal de 7 à 10 jours après la mise bas.

La respiration tissulaire du foie et du cortex rénal pendant toute la gestation ne présente pas de modifications remarquables.

I. discute l'importance de l'épaisseur de la coupe d'ovaire. Contrairement à l'opinion de Lipschütz, la respiration tissulaire ne présente pas de différence quand il s'agit de coupes d'une minceur plus grande que celle considérée comme limite par Warburg.

P.-L. Marie.

O. Imamura. ***Contribution à la pharmacologie de l'appareil circulatoire des poissons*** (*Nagasaki Igakkwai Zassi*, t. **15**, n 3, 25 Mars 1937, p. 350-388). — I. expose d'abord ses recherches sur le cœur de la carpe selon la méthode de Shioya.

Le meilleur liquide nutritif a la composition suivante: NaCl, 0,75 pour 100; KCl, 0,01 pour 100; $CaCl^2$, 0,01 pour 100; $NaOCO^3$, 0,02 pour 100; glycose, 0,1 pour 100. Les effets des poisons nerveux végétatifs se manifestent plus faiblement sur le cœur de la carpe que sur celui de la grenouille ou de la tortue, mais de façon analogue. L'adrénaline n'a pas d'effet excitant, mais l'acétylcholine et la pilocarpine agissent toujours en inhibant et l'atropine supprime complètement cette influence des poisons parasympathiques. On peut en conclure que le cœur de la carpe ne possède pas de fibres excitatrices d'origine sympathique, mais seulement des fibres inhibitrices émanant du vague. L'excitation électrique des nerfs extracardiaques (nerf vago-sympathique) provoque toujours une inhibition du cœur qui fait complètement défaut quand on fait agir préalablement l'atropine ou la nicotine. Par contre, ni l'ergotamine ni la yohimbine n'ont d'influence sur l'action inhibitrice. On peut en déduire que l'influence des nerfs extracardiaques est toujours exclusivement de nature inhibitrice chez la carpe. L'influence des poisons musculaires (baryum, papavérine, caféine, chloral) s'exerce toujours dans le sens de l'inhibition.

I. a fait diverses recherches sur le cœur d'anguille.

Le meilleur liquide nutritif se compose de: NaCl, 0,75 pour 100; $NaHCO^3$, 0,025 pour 100; KCl, 0,006 pour 100; $CaCl^2$, 0,01 pour 100, glycose, 0,1 pour 100. Le plupart des poisons nerveux et musculaires agissent comme dans le cas du cœur de carpe, mais en général leur action est plus faible sur le cœur d'anguille, sauf pour la nicotine et le chloral. Fait remarquable, le baryum arrête le cœur de la carpe en systole et le cœur d'anguille en diastole. L'adrénaline et la caféine ont une action excitante sur le cœur d'anguille, contrairement à ce qui a lieu chez la carpe. Le cœur d'anguille renferme donc des fibres excitatrices sympathiques et des fibres inhibitrices venant du vague, mais il est possible aussi qu'une technique spéciale parvienne à mettre en évidence des fibres excitatrices sympathiques dans le cœur de la carpe.

P.-L. Marie.

THE TOHOKU JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE

T. Minagawa. ***La réaction de la peroxydase des hématies de la grenouille. Démonstration morphologique des rapports étroits existant entre la peroxydase et l'hémoglobine*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **30**, n° 5, Mars 1937, p. 398-410). — Ayant étudié la réaction de la peroxydase sur les hématies de grenouille au moyen de la méthode au cuivre de Sato, tant sur les frottis qu'en chambre à numération, M. a vu que ces hématies présentent tous les stades possibles de l'aspect de la peroxydase dans le cytoplasme et dans le noyau. Il se peut que les granules donnant la réaction de la peroxydase soient l'équivalent de la substance acidophile que met en évidence le colorant de May-Giemsa.

La localisation et le degré de développement de ces granules dans chaque hématie diffèrent selon l'état de différenciation des hématies. Il est donc probable que ces granules sont étroitement en rapport avec la formation de l'hémoglobine dans les hématies.

Appliquant la méthode de Sato au sang humain dans des anémies graves, M. a constaté dans les hématies des granules donnant la réaction de la peroxydase. Le noyau de certaines hématies nucléées donnait la même réaction. L'aspect trouvé dans ces cas pathologiques ressemblait beaucoup à celui que présentent les hématies normales de grenouille et l'on peut penser que l'hémoglobine, là encore, est formée dans le noyau et diffuse graduellement dans le cytoplasme.

P.-L. Marie.

T. Mutow. ***Influence de la gestation et de l'allaitement sur le poids des surrénales chez le rat blanc*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. **30**, n° 6, Avril 1937, p. 448-465). — Le poids des surrénales est plus élevé chez le rat pendant la gestation et l'allaitement qu'en dehors de ces états. Le fait est particulièrement frappant pendant la dernière moitié de la gestation et la première moitié de l'allaitement. L'état pathologique des rats (infections pulmonaires et otitiques, parasites du foie et de l'intestin, etc.) n'exerce pas d'influence sur le poids des surrénales, ce qui va contre l'opinion de Donaldson qui pensait que l'hyperplasie surrénale de la gestation résultait de la présence d'une infection concomitante.

Pendant l'œstrus le poids des surrénales se montre un peu plus élevé que pendant la période intercalaire.

P.-L. Marie.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE

(Amsterdam)

G. Jordans, A. Zijlmans et **J. Broos.** ***Intoxication par le plomb chez les ouvriers en cigares*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **81**, n° 11, 13 Mars 1937, p. 1129-1139). — J. et ses collaborateurs ont eu l'occasion d'observer un nombre important de cas de saturnisme chez les ouvriers employés dans une manufacture de cigares. Ces constatations ont amené à faire des investigations systématiques. L'existence du liséré gingival, l'état de la denture, la parésie des extenseurs, le tremblement, furent recherchés. On pratiqua un examen de frottis de sang au point de vue des granulations basophiles des érythrocytes et on détermina le taux de l'hémoglobine. La présence d'albumine, d'urobiline et de prophyrine fut recherchée dans l'urine et dans un grand nombre de cas on dosa le plomb dans l'eau de boisson et dans l'urine. Sur 155 ouvriers d'une fabrique on trouva ainsi 44 sujets qui étaient suspects de saturnisme, 13 à cause des données de l'anamnèse, 9 à cause du liséré gingival, 44 à cause de l'augmentation de l'excrétion de porphyrine, augmentation qui était 26 fois très forte, 18 à cause de l'augmentation des granulations basophiles, etc. Sur 51 ouvriers qui s'étaient présentés spontanément à la consultation, il y en avait 34 qui présentaient le liséré gingival net et 10 qui en présentaient un suspect. Dans tous ces cas il y avait porphyrinurie.

Chez un certain nombre de ces malades on a dosé le plomb dans l'urine et on a trouvé ainsi des chiffres qui ont varié de 190 à 960 γ par litre, la proportion normale étant de 60 γ et la limite de l'intoxication de 100 γ pour l'urine de 24 heures.

J. et ses collaborateurs ont alors recherché les causes de cette intoxication en masse. Leurs investigations ont porté tout d'abord sur l'eau de boisson. A ce sujet, il a été constaté que l'eau de distribution et l'eau de puits recueillie avec un seau étaient pratiquement dépourvues de plomb. Mais il n'en est pas de même pour l'eau fournie par les pompes. Les pompes fournissent une eau qui peut contenir jusqu'à 0,2 milligr. de plomb par litre. On a procédé alors à des recherches sur les types de pompe utilisés et on a ainsi constaté que ces appareils fournissent une eau contenant 0,1 milligr. à 13,4 milligr. de plomb par litre. On sait d'ailleurs que plus une eau est acide et moins elle est dure, plus elle a de l'affinité pour le plomb. Il y avait donc lieu de se demander quel était l'état de santé des ouvriers qui consomment de l'eau de pompe, soit chez eux, soit à la fabrique. Or les 44 sujets appartenant au premier groupe et présentant des signes de saturnisme boivent tous de l'eau de puits ou de l'eau de distribution depuis 4 ou 5 ans ou davantage. En ce qui concerne les sujets du second groupe, il en est 19 qui buvaient de l'eau dépourvue de plomb. D'un autre côté, un rapport fourni par l'administration indique que l'eau distribuée par les pompes des fabriques contient une quantité de plomb qui varie de 0,05 à 1,4 milligr. par litre.

En outre, les urines d'un certain nombre de femmes d'ouvriers ont été examinées; dans 16 cas l'eau de pompe était chargée de plomb et la porphyrinurie a été nettement positive dans 3 cas et négative dans 13 cas. Les 8 femmes qui buvaient de l'eau de puits, puisée au moyen d'un seau et dépourvue de plomb, ont donné des résultats entièrement négatifs en ce qui concerne la porphyrinurie. Sur 19 femmes qui buvaient de l'eau de distribution, 16 ont donné des résultats négatifs et une un résultat positif.

Par ailleurs, dans une fabrique, l'urine de 50 ouvriers n'ayant jamais bu autre chose que de l'eau de conduite contenait 13 fois du plomb à des doses variant de 50 à 300 γ par litre. En outre, dans 9 cas, la porphyrine de l'urine était fortement augmentée et dans 3 cas moyennement augmentée. Ces chiffres établissent que les ouvriers d'une fabrique de cigares sont professionnellement exposés à l'intoxication par le plomb.

La source de cette intoxication a été trouvée dans les tables de zinc sur lesquelles l'ouvrier découpe la « cape » des cigares. Le métal de ces tables contient, en effet, 1 pour 100 de plomb et constitue une source appréciable de toxique. D'ailleurs chez un de leurs malades, J. et ses collaborateurs ont pu constater qu'en cessant de travailler sur ces tables de zinc on faisait disparaître complètement le liséré gingival qui existait auparavant. Par ailleurs Delbaere a attiré l'attention sur le fait que les feuilles de tabac sur lesquelles on pulvérise souvent un liquide contenant de l'arséniate de plomb peuvent par suite constituer par elles-mêmes une source de plomb. Or, 30 ouvriers d'une fabrique de cigares qui manipulaient du tabac mais ne travaillaient pas sur des tables de zinc ne présentaient pas de liséré gingival, ni d'augmentation soit des granulations basophiles, soit de l'excrétion de la porphyrine. D'autres recherches poursuivies par les Compagnies d'assurances, au moyen du diphénylthiocarbazon, qui donne avec le plomb une réaction colorée permettant de déterminer facilement quand la limite de 100 γ par litre est dépassée, ont fait constater que sur 63 urines, 10 dépassaient cette limite. Ces dernières urines provenaient d'ouvriers confectionnant des cigares sur les tables de zinc. Celles-ci constituent donc bien la source des cas de saturnisme constatés et peuvent d'ailleurs, sans grande difficulté, être remplacées par d'autres qui ne présentent pas le même danger.

P.-E. Morhardt.

ACTA RADIOLOGICA

(Stockholm)

Knut Lindblom. ***Etude radiologique des canaux vasculaires du crâne, plus particulièrement dans les cas de tumeurs intra-craniennes et d'anévrysmes artério-veineux*** (*Acta Radiologica*, supplément **30**, 1936, p. 146). — L. présente une remarquable étude basée notamment sur des documents provenant de l'Institut de Radiologie de l'Hôpital des Séraphins (Stockholm), et qui, obtenus de 1930 à 1935 avec une technique standard, se prêtent donc à des comparaisons dans les meilleures conditions.

Ce travail est divisé en deux grands chapitres: L'anatomie normale, et les modifications de l'aspect radiographique dans les cas de tumeurs intra-craniennes et d'anévrysmes artério-veineux.

1° *Anatomie normale.* — Cette étude est fondée sur l'étude des radiographies du crâne de 450 sujets d'âges divers, de 15 crânes secs reliés à la colonne cervicale, de 12 cas d'injection-dissection et de 22 cas *post mortem*, aucun de ces cas ne se rapportant à des tumeurs ou à des affections se traduisant par une symptomatologie analogue. Nous ne pouvons rapporter ici les détails de cette étude qui a porté sur les artères cérébrales, méningées, osseuses, et superficielles, comme sur les veines correspondantes et les sinus de la dure-mère, et comporte toutes les données relatives au trajet (y compris la description des orifices craniens), à la morphologie, aux dimensions, à la traduction radiologique de ces vaisseaux. Un tableau résume les principales caractéristiques et renvoie aux pages à consulter pour juger des modifications pathologiques.

2° *Anatomie pathologique.* — Les données relatives à la pathologie sont fondées sur 536 cas, tous examinés radiologiquement, confirmés par l'examen histologique, et complétés 14 fois par les résultats de l'autopsie. L. a éliminé tous les cas où la rœntgenthérapie ou une intervention chirurgicale prêtaient à discussion et tous ceux où l'examen radiologique était incomplet ou ne donnait pas entière satisfaction. Parmi ces 536 cas figurent des gliomes des différents lobes, tant bénins que malins, des méningiomes, des adénomes hypophysaires, des neurinomes de l'acoustique comme des tumeurs de toutes natures.

Toutes les modifications des systèmes vasculaires survenant dans ces différentes affections sont minutieusement décrites, et, comme pour les constatations normales, sont clairement illustrées par une abondante iconographie radiologique.

Nous nous bornerons à rapporter le résumé des observations de L.

Les modifications du système vasculaire sont fréquentes au cours des tumeurs intracraniennes (y compris la sténose de l'aqueduc), et beaucoup plus dans les cas de méningiomes, d'anévrysmes artério-veineux et d'affections provoquant de l'hypertension intracranienne, que dans les autres variétés de tumeurs.

Si l'élargissement de l' « émissaire occipitale » constitue un signe de valeur de l'hypertension chronique, moins importante est l'atténuation symétrique des impressions vasculaires que l'on remarque surtout au niveau des tubérosités pariétales, et qui résulte d'une atrophie du diploé de ces régions.

Les tumeurs intra-cérébrales ou intra-cérébelleuses (à l'exception des angio-réticulomes du cervelet), les tumeurs extra-cérébrales, les tumeurs hypophysaires et les neurinomes ne provoquent pas de modifications ayant une valeur certaine pour la localisation des tumeurs.

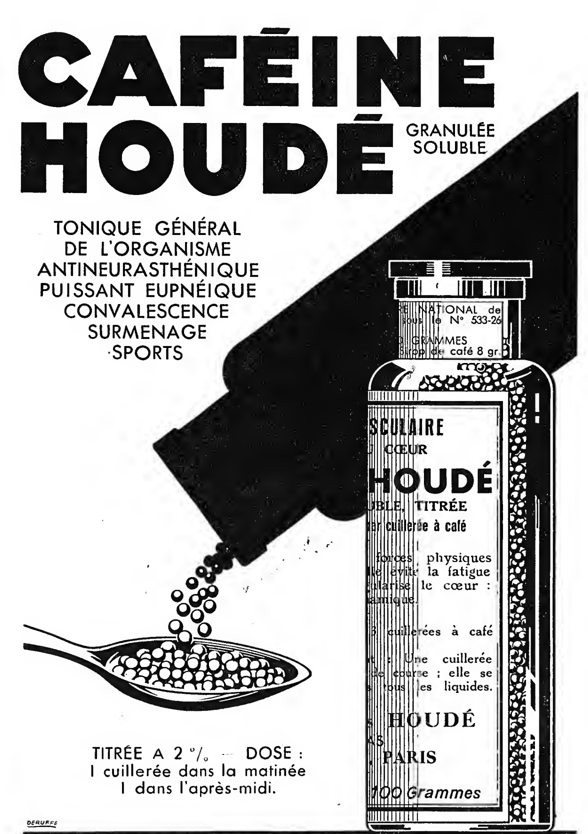
Il n'en est pas de même, au contraire, pour les méningiomes, de telle sorte qu'il devient souvent possible de localiser la tumeur et d'en reconnaître la nature; presque tous les méningiomes de la convexité s'accompagnent de modifications, de même que la majorité de ceux qui sont para-sagittaux, surtout quand ces derniers siègent dans les régions frontales ou pariétales.

Des modifications du trou épineux facilitent souvent le diagnostic, surtout dans le cas de méningiomes de la région du ptérion; son élargissement, consécutif à l'hypertrophie de l'artère méningée moyenne, a pu être constaté dans des méningiomes de la région de la petite aile du sphénoïde et de celle du plancher de la fosse antérieure. L'élargissement du canal optique est un signe fréquent, mais non pathognomonique, de certains méningiomes olfactifs, et résulte de l'hypertrophie de l'artère ophtalmique; les autres méningiomes de la base n'ont donné aucune modification intéressante soit au point de vue diagnostic, soit au point de vue de la localisation.

Des modifications du système vasculaire méningo-osseux, analogues à celles que l'on rencontre dans les méningiomes, ont été observées dans des anévrysmes artério-veineux, quand ceux-ci intéressaient les vaisseaux méningés, et ont constitué un signe de localisation de valeur.

Parmi les anévrysmes artério-veineux, surtout des vaisseaux cérébraux, il a été fréquent de constater un élargissement des canaux vasculaires, sans grand intérêt d'ailleurs au point de vue d'un diagnostic de localisation, car, en général, plusieurs canaux étaient ainsi élargis; ce même élargissement des canaux vasculaires cérébraux a été constaté dans des méningiomes et, exceptionnellement, dans des angio-réticulomes du cervelet.

Morel-Kahn.


CAFÉINE
HOUDÉ
GRANULÉE
SOLUBLE
TONIQUE GÉNÉRAL
DE L'ORGANISME
ANTINEURASTHÉNIQUE
PUISSANT EUPNÉIQUE
CONVALESCENCE
SURMENAGE
SPORTS
TITRÉE A 2 °/₀ — DOSE :
1 cuillerée dans la matinée
1 dans l'après-midi.
HOUDÉ
TITRÉE
100 Grammes
DERUFFE

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

Warembourg et **Laine.** ***Les troubles neuro-végétatifs du rhumatisme articulaire aigu*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **110**, n° 42, 26 Mai 1937, p. 685-691). — La maladie de Bouillaud s'accompagne beaucoup plus fréquemment qu'il n'est classique de le dire d'une atteinte du système nerveux de la vie végétative. Les manifestations en peuvent apparaître au cours des poussées aiguës articulaires ou viscérales ou en dehors de toute manifestation rhumatismale évolutive. Elles sont de type divers, les plus importantes sont cardio-vasculaires.

W. et L. apportent l'histoire d'un homme de 25 ans atteint d'endocardite rhumatismale complexe s'accompagnant de crises de sueurs, d'asthme, de poussées d'œdème angio-neurotique et d'un syndrome d'acro-asphyxie assez intense pour aller jusqu'à la gangrène parcellaire.

Les troubles neuro-végétatifs de la maladie de Bouillaud s'observent surtout chez les jeunes sujets. Ils sont indépendants de la gravité de la maladie. On peut les classer en troubles sécrétoires, vaso-moteurs et cardiaques.

Les sueurs très abondantes ne s'expliquent pas uniquement par l'hyperthermie, elles persistent souvent après la chute de la température et affectent plus spécialement les extrémités. Comme troubles vaso-moteurs, on peut observer des érythèmes, surtout sur le tronc, variables, d'apparition et de disparition brusque. On a pu voir aussi des plaques violacées sur les membres et des œdèmes prédominant à la face, qui semblent être d'origine vaso-motrice. On a signalé encore des crampes musculaires douloureuses, des céphalées hémicraniennes. L'hypotonie artérielle se traduisant par l'hyperpulsatilité artérielle, l'augmentation de l'indice oscillométrique, l'hypotension fréquemment constatée.

Plus souvent, c'est un ralentissement du rythme cardiaque ou une tachycardie que provoquent les troubles nerveux de la maladie de Bouillaud. Ce sont des bradycardies totales d'origine sinusale dues à une hypertonie vagale. Les bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire n'entrent que pour une part dans les manifestations du système nerveux végétatif.

On peut se demander le rôle joué par la dystonie vago-sympathique dans le déterminime de l'insuffisance cardiaque. Il est difficile de faire la part du facteur mécanique, du facteur infectieux et du facteur fonctionnel.

Ces troubles seraient dus à la localisation du virus rhumatismal sur les centres nerveux médullaires ou bulbaires de la vaso-motricité.

La notion d'une dystonie neuro-végétative dans la maladie de Bouillaud rend compte d'un certain nombre de symptômes dont le mécanisme semble être obscur et contribuera peut-être à l'amélioration des thérapeutiques de la déficience myocardique. ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Ludo van Bogaert, A. Froehlich et B. Stolz (avec la collaboration de **L. Van Meel**). ***Etude d'une forme osseuse monosymptomatique de la lipidose à cholestérine*** (*Annales de Médecine*, t. **41**, n° 2, Février 1937, p. 100-116). — V. B., F et S. relatent l'observation d'une jeune fille chez laquelle l'affection débuta à l'âge de 8 ans, par des douleurs dans les côtes qui firent songer à un myélome. Les auteurs ont pu l'étudier de très près au point de vue radiologique, biochimique, et même biopsique. Les lésions costales géodiques furent des découvertes radiologiques.

V. B., F. et S. discutent les divers diagnostics qui peuvent se poser: tuberculose, syphilis, maladie de Paget, forme osseuse de la maladie de Gaucher, et surtout maladie fibreuse kystique de Recklinghausen.

Ils résument 9 cas recueillis dans la littérature de ces xanthomatoses innominées osseuses (Ludwig Pick).

La maladie consiste essentiellement en une accumulation de cellules lipoïdiennes au niveau du squelette, mais, au lieu de toucher le crâne, le processus se localise surtout à la diaphyse des os longs. L'organisation fibreuse s'accompagne d'une réaction ostéo-plastique, de sorte qu'extérieurement les os apparaissent normaux et que leur périoste même paraît inaltéré. Sur les coupes transversales de l'os, le dépôt lipoïdien apparaît sous forme de petits foyers jaunâtres, localisés au voisinage de la moelle osseuse. A côté de cette précipitation lipoïdienne, on trouve une irritation proliférante du tissu spongieux, de telle sorte que les trabécules néoformés finissent par diviser en compartiments très étroits les zones de dépôt.

La réaction osseuse peut même aboutir, dans les régions épiphysaires du fémur ou diaphysaires du tibia, à une ostéoclérose, donnant une densification radiologique. Une infiltration de la peau ou des viscères par les substances lipoïdiennes peut exister ou faire défaut. C'est un type osseux monosymptomatique de la lipidose à cholestérine. V. B., F. et S. pensent que, dans de tels cas, il faut faire jouer un rôle capital au système neuro-endocrinien, régulateur du métabolisme des lipides.

L. RIVET.

A. Policard et **A. Dufourt.** ***Recherches expérimentales sur les pneumoconio-tuberculoses*** (*Annales de Médecine*, t. **41**, n° 3, Mars 1937, p. 183-210). — P. et D. étudient expérimentalement le problème de l'influence mutuelle de la tuberculose et des poussières minérales, ces deux facteurs qui apparaissent toujours fortement enchevêtrés tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Ils décrivent les expériences fort prolongées qu'ils ont poursuivies sur le cobaye. Ils étudient minutieusement les réactions provoquées par l'action combinée des poussières siliceuses et du bacille de Koch: cellules et plaques à poussières, épaississement des cloisons alvéolaires, alvéolite à monocytes sans cellules à poussières, formations nodulaires, alvéolite avec cellules à poussière, les points lymphoïdes dans le tissu pulmonaire, les modifications constatées au niveau des bronches, les réactions au niveau des ganglions trachéobronchiques. Ils décrivent la marche et l'évolution des réactions pulmonaires. Ils confrontent les résultats qu'ils ont observés avec ceux de Leroy U. Gardner.

De leurs expériences, il ressort que les poussières siliceuses ne sont pas indifférentes. Elles interviennent en modifiant le cours de la maladie tuberculeuse, passagère que déterminent, dans le poumon, les bacilles tuberculeux très atténués du type BCG. Au lieu de disparaître en quelques mois, la maladie tuberculeuse ainsi provoquée persiste beaucoup plus longtemps. Les poussières tendent à être maintenues dans l'intérieur du poumon, au sein de zones plus ou moins atélectasiées, à cloisons alvéolaires épaissies. Ces zones peuvent peut-être être envisagées comme la source de ces scléroses massives que l'on observe dans les pneumoconioses minérales. Et l'on est en droit de penser que, dans le mécanisme de formation de ces zones atélectasiées denses, le rôle de l'oblitération des bronches, par suite de l'irritation due aux poussières, est important. Par contre, les poussières siliceuses ne paraissent pas avoir d'action directe sur la production des nodules observés quelquefois dans les poumons. Mais l'empoussiérage peut agir en perturbant la circulation lymphatique pulmonaire. Quoi qu'il en soit, dans le complexe observé, c'est la tuberculose qui demeure l'élément fondamental. L. RIVET.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
(Paris)

Mariano R. Castex et **S. Mazzei** (Buenos-Aires). ***Le pneumothorax spontané bénin par rupture des bulles sous-pleurales (Considérations sur 12 cas et leur interprétation étio-pathogénique)*** [*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. **12**, n° 1, 1937, p. 23-38]. — Douze observations de pneumothorax spontané bénin survenu chez des sujets entre 19 et 35 ans permettent à C. et M. de préciser les caractéristiques étiologiques et cliniques de cette affection. La majorité des cas concerne des sujets entre 20 et 25 ans; tous sont des hommes.

Le pneumothorax peut apparaître au repos ou à la suite d'effort, d'une façon sournoise ou bruyante. C'est un pneumothorax total; sur les radiographies, on voit des images annulaires, fines, avec une bordure quelquefois si mince qu'elle rappelle les bulles de savon. Leur visibilité est fonction de leur situation, qui peut être apexienne, juxtascissurale, antérieure, postérieure ou marginale. Ces formations, que les auteurs appellent des « bulles d'air sous-pleurales », sont de nombre et de grandeur variable. La pression intra-pleurale est, en général, faible ou nulle: l'évolution est favorable, mais il existe des formes à résorption retardée et des complications: hémorragies, bilatéralité, récidives.

On discute encore sur la nature tuberculeuse ou non de ces pneumothorax spontanés bénins. Les investigations histologiques récentes accordent une grande importance aux formations appelées bulles ampullaires sous-pleurales agissant par le mécanisme de leur rupture. Les uns acceptent leur origine inflammatoire, les autres voient en elles une malformation congénitale. On ne trouve pas à leur niveau des éléments propres à la tuberculose.

ROBERT CLÉMENT.

Mariano R. Castex et **S. Mazzei.** ***Pneumothorax spontané bénin récidivant (Etude clinique et casuistique)*** [*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. **12**, n° 1, 1937, p. 39-52]. — Il existe dans la littérature 28 observations de pneumothorax avec une récidive, 10 avec deux récidives, 2 avec trois récidives, 2 avec quatre récidives, 1 avec six récidives, 3 avec dix récidives, 1 avec treize récidives, 1 avec quatorze et enfin 3 sujets auraient eu plus de 15 pneumothorax. C. et M apportent 3 nouveaux exemples de pneumothorax récidivants bénins. Ce sont presque tous des jeunes sujets, sauf un qui avait 56 ans, presque tous du sexe masculin (4 femmes).

Les signes fonctionnels et physiques sont les mêmes que ceux du pneumothorax spontané bénin. Les récidives se font fréquemment du même côté,

l'évolution est apyrétique, il n'y a pas d'altération pulmonaire, pas de tuberculose et pas d'emphysème.

Si un poumon ou une plèvre cède au cours d'un effort à plusieurs reprises, c'est qu'ils offrent une résistance amoindrie, puisqu'un poumon normal résiste à une pression impossible à atteindre dans des conditions physiologiques. Les constatations anatomiques très rares montrent des formations aériennes sous-pleurales ou des poumons polykystiques.

L'examen radiographique montre souvent des images annulaires qui permettent de suspecter l'existence de bulles sous-pleurales.

Expérimentalement, en insufflant les poumons de cadavres, on a pu constater que la perforation se produisait là où existaient des bulles ou des kystes, le poumon étant moins résistant à cet endroit. La constatation radiologique de bulles sous-pleurales doit faire craindre la possibilité de récidive. Leur absence ne permet pas de l'éliminer, car elles peuvent être invisibles en raison de leur situation ou de leur volume.

Le traitement est le même : repos et calmants de la toux. Le traitement préventif consiste à éviter les efforts et les conditions qui produisent une élévation de la pression dans l'arbre bronchique.

Robert Clément.

REVUE DE LA TUBERCULOSE (Paris)

P. Ameuille et **R. Duperrat**. ***Perforation de l'entérite ulcéreuse des tuberculeux*** (*Revue de la Tuberculose*, série 1, t. **3**, n° 4, Avril 1937, p. 386-408). — Dans ce travail d'ensemble très documenté, A. et D. envisagent seulement les perforations survenant au cours de l'entérite ulcéreuse commune des tuberculeux pulmonaires. Chez ces malades il existe, dans 70 à 75 pour 100 des cas, des ulcérations intestinales, accompagnées ou non de signes cliniques. Ces ulcérations, qui s'accompagnent de nombreux tubercules sous-péritonéaux mais non de péritonite ni d'adhérences péritonéales, sont désignées sous le nom d'entérite ulcéreuse des tuberculeux. Il ne faut les confondre ni avec le chancre d'inoculation intestinale des auteurs allemands, ni avec les tuberculoses tumorales, ni avec les sténoses, ni avec les formes entéro-péritonéales, qui se rencontrent d'ailleurs rarement chez les tuberculeux pulmonaires en évolution.

Dans la majorité des cas, l'entérite ulcéreuse des tuberculeux ne réagit nullement, ou d'une façon insignifiante, sur le péritoine. La cavité est largement ouverte quand, non rarement, s'y fait la perforation. Telle n'est cependant pas l'opinion des auteurs classiques, ni celle des chirurgiens, et Lecène, en 1926, écrivait que les péritonites diffuses étaient plus rares que les abcès pyo-stercoraux. Peut-être cette opinion est-elle en partie expliquée par une certaine confusion, dans les statistiques, entre les différentes formes de tuberculose intestinale.

D'autre part, sa relative fréquence a échappé jusqu'ici aux phtisiologues. Sa latence habituelle explique qu'on l'ait négligée jusqu'à ce jour. Elle survient, en effet, chez des malades qui sont en état de non-réaction. L'organisme lâche pied tout à coup et le malade meurt rapidement. Il est donc nécessaire de la considérer comme une cause possible et assez commune de la défaillance terminale des tuberculeux pulmonaires.

L. Rivet.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès et **J. Bideau**. ***Leucémie myéloïde chronique chez un graisseur de machines. Les huiles de graissage contenant du benzol comme agent possible d'états leucémiques*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. **58**, n° 22, 30 Mai 1937, p. 339-342). — Ayant constaté chez un jeune homme de 20 ans une leucémie myéloïde avec splénomégalie et légère adénopathie, on s'est demandé si les huiles de graissage que ce malade était appelé à manipuler quotidiennement depuis 3 ans, dans une fabrique de papier, n'étaient pas à l'origine de l'éclosion de cette affection. L'affection avait débuté par une douleur dans le flanc gauche, qu'on avait traitée par XX gouttes de benzène par jour, pendant 5 jours, puis LX gouttes par jour.

Dans son travail de graisseur, ce jeune homme avait les mains et le visage constamment maculés par les produits de graissage.

Presque toutes les huiles de graissage que l'on trouve dans le commerce (99 pour 100) contiennent de fortes traces de benzène. Les huiles légères en contiennent le moins. Plus les huiles sont lourdes, moins elles sont raffinées, plus elles sont riches en benzène.

D'autre part, le benzène est employé comme produit de falsification des huiles de graissage, parce qu'il a une action favorable sur la viscosité des huiles qu'il fluidifie, parce qu'il dissout les asphaltes que les huiles de pétroles contiennent en notable proportion, et qu'il serait coûteux d'éliminer.

La loi impose aux usines à gaz d'éclairage de débenzoler le gaz. Des résidus de cette opération, on extrait des huiles de graissage, des benzols et des formols. Aucune loi ne réglemente la teneur en benzène des huiles de graissage, la marine militaire seule y attache une grande importance.

Dans tous les carburants, il y a du benzène jusqu'à un taux de 35 pour 100 autorisé dans l'essence de tourisme.

« Parmi les agents des myéloses aplastiques, agents qui à l'occasion, et par un effet inverse, peuvent être leucémigènes, la benzine, le benzol, le benzène et leurs dérivés figurent au tableau avec de nombreuses victimes. » Il faut signaler le danger qui peut résulter de l'emploi des huiles de graissage contenant trop d'hydrocarbures benzéniques. On devrait organiser une surveillance de la teneur en carbures benzéniques des huiles de graissage.

Robert Clément.

L'ÉCHO MEDICAL DU NORD (Lille)

G. Patoir. ***Le spondylolisthésis. Les bases du traitement chirurgical*** (*L'Echo médical du Nord*, t. **7**, n° 18, 1937, p. 601-614). — Le glissement d'une vertèbre sur l'autre semble avoir très souvent un début traumatique. Le traumatisme peut n'être que léger ou révélateur.

Le spondylolisthésis se manifeste par des douleurs de la région lombaire augmentant dans la position debout, l'immobilité étant plus pénible que la marche. Les mouvements du rachis sont limités et douloureux, il y a un peu de contracture. Parfois il y a des troubles nerveux : exagération des réflexes, parésie, etc.

La déformation est caractéristique; le malade est figé, raccourci, les bras et les jambes sont trop longs pour un buste court et large.

Le diagnostic est surtout fait par la radiographie. Si l'on peut accorder un rôle à un traumatisme violent ou non, la cause réelle de l'affection est une anomalie congénitale ou acquise de la vertèbre.

Livré à lui-même le spondylolisthésis évolue progressivement et inéluctablement.

Le traitement est chirurgical. Il consiste à fixer la lésion grâce à un greffon solide. La technique est la même que celle utilisée pour le mal de Pott.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

G. Florence, **A. Dumas** et **D. Vincent**. ***L'étude cataphorétique du sérum (points isoélectriques) dans les processus hypertensifs chroniques. Contribution à l'étude physico-chimique des albumines du sérum des hypertendus et à la pathogénie humorale de la maladie hypertensive*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **18**, n° 414, 5 Avril 1937, p. 193-199). — Sur 40 sérums d'hypertendus, prélevés le matin à jeun, on a déterminé les points isoélectriques par la méthode de la cataphorèse de Vlès. Il s'agissait d'hypertension pure dite solitaire, d'hypertension compliquée, avec ou sans albuminurie, d'hypertension associée au diabète, à la tuberculose rénale, au rhumatisme chronique, à l'hépatomégalie et même de quelques cas de néphrite chronique hypertensive azotémique véritable, prise à différents stades de la maladie.

Une protéine isolée et purifiée a un point isoélectrique caractéristique, 4,7 pour la sérine, 5,5 pour les globulines. Dans le complexe vivant qu'est le sérum normal, le point principal est à pH 5,5 environ. Chez les hypertendus, on a trouvé couramment ce point élevé à 8, 8,5.

Les modifications du point isoélectrique ne sont pas absolument constantes. Elles ne traduisent pas une formule protidique spéciale au syndrome hypertensif, car elles existent dans de nombreuses autres maladies et même dans la grossesse. Elles ne peuvent expliquer à elles seules les modifications physico-chimiques du sérum des hypertendus, au point de vue de la viscosité, de la conductivité, de la tension osmotique. Mais elles « indiquent un équilibre protéique fortement troublé, une instabilité et une tendance à la floculation des colloïdes du sérum qui rapprochent à ce point de vue l'hypertension des syndromes allergiques et anaphylactiques sans qu'on puisse dire encore dans quelles relations ces modifications colloïdales sont avec les processus neuro-endocriniens, certainement en cause dans cette diathèse ».

Robert Clément.

F. Paliard et **L. Badinand**. ***La forme médiastino-pleurale de la maladie de Bouillaud*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **18**, n° 414, 5 Avril 1937, p. 205-208). — Cette manifestation viscérale de la maladie de Bouillaud ne rentre pas dans le cadre des formes pleuro-pulmonaires, ni dans celui des formes péricardiques, bien que participant de ces deux genres de manifestations.

Elle est caractérisée par un début brusque sous forme d'une crise douloureuse violente à type angineux irradiant dans le cou, l'épaule et le bras gauche, mais ne s'accompagnant pas de la sensation de mort imminente. La température s'élève, le pouls est rapide, il y a souvent une petite toux sèche sans expectoration appréciable. Après une accalmie apparaissent des signes pleuraux ou péricardiques. La pleurésie a une allure fluxionnaire, les signes en varient d'un jour à l'autre. Le frottement péricardique peut coexister avec les signes pleuraux. La guérison est rapide et définitive dès que le traitement salicylé est institué.

Le diagnostic se pose avec l'angor aigu fébrile, avec les affections pleuro-pulmonaires banales et tuberculeuses. L'épreuve thérapeutique a une grosse valeur.

5 observations succinctes illustrent la description de cette forme pleuro-péricardique de la maladie de Bouillaud.

Robert Clément.

A. Tourniaire. ***Des hypertensions artérielles solitaires, juvéniles, non évolutives, d'origine sympathique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. **18**, n° 418, 5 Juin 1937, p. 331-333). — Dans le cadre des hypertensions juvéniles, il faut isoler un type clinique que sa bénignité et sa fréquence permettent d'opposer à la redoutable maladie hypertensive juvénile.

C'est une hypertension modérée, de type divergent, à prédominance maximale, s'exaltant sous l'influence de l'effort et cédant à un repos suffisant. Cette affection demeure latente ou se traduit par des troubles fonctionnels apparaissant seulement au moment des efforts, des repas et des émotions.

STASE INTESTINALE



Nujol

le prototype des huiles de paraffine médicinales



SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES THERAPLIX, 98, RUE DE SÈVRES, PARIS - 7e (SÉGUR 13-10)

Elle s'accompagne parfois d'une légère élévation du métabolisme basal et n'engendre jamais d'hypertrophie ventriculaire gauche. Elle est identique à la réaction tensionnelle qu'il est banal de constater dans les névroses tachycardiques, mais elle comporte, du moins au repos, un rythme cardiaque normal.

8 malades sur 10 présentant ces troubles avaient été considérés comme atteints de maladie hypertensive et soumis à un traitement sévère. Pour faire le diagnostic entre les deux affections, il faut se souvenir que la maladie hypertensive juvénile se traduit constamment par une élévation des chiffres de base : tension moyenne et minima, alors que la pression maxima est seule augmentée chez les sujets qui nous occupent.

L'analogie avec l'hypertension des névroses tachycardiques incite à considérer cette hypertension des jeunes comme la conséquence d'une hyperexcitabilité sympathique ayant une prédilection pour les fibres vaso-constrictives et respectant, au moins dans une certaine mesure, les fibres cardio-accélératrices. L'élévation du métabolisme basal cadre avec cette hypothèse, ainsi que les troubles fonctionnels qui l'accompagnent. Les divers éléments qui composent les syndromes sympathicotoniques ne coexistent pas toujours et n'évoluent pas forcément de façon parallèle.

L'hypertension artérielle solitaire d'origine sympathique des jeunes doit être considérée comme un trouble fonctionnel. Si elle est bénigne, elle est durable et n'a aucune tendance à régresser spontanément. La thérapeutique doit surtout consister en une réadaptation progressive à l'effort, aidée dans les cas sévères par la radiothérapie.

Robert Clément.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

Paul Govaerts et **Jean Lequime**. ***Crises brusques de défaillance cardiaque provoquées par le flutter auriculaire*** (*Le Scapel*, t. 90, n° 18, 1er Mai 1937, p. 545-549). — L'infarctus du myocarde n'est pas la seule cause du collapsus circulatoire soudain. La tachycardie paroxystique et le flutter auriculaire ne sont pas toujours de simples troubles du rythme, ils peuvent se présenter sous forme de crises brusques de collapsus circulatoire.

G. et L. rapportent l'observation d'un homme de 22 ans pris brusquement d'une sensation d'oppression avec gêne précordiale, palpitations, tendances syncopales et vomissements, chez qui l'électro-cardiogramme révéla l'existence d'un flutter auriculaire d'un rythme de 320, le rythme ventriculaire étant deux fois moindre.

Chez deux sujets de 57 et 60 ans, des états de défaillance cardiaque analogues avec dyspnée, oppression, stase périphérique, chute de la pression sanguine et tachycardie considérable avec pouls régulier, il s'agissait encore de flutter auriculaire.

Le diagnostic correct de cette crise de collapsus circulatoire déterminé par le flutter auriculaire présente une importance pratique considérable car le traitement est très différent de l'infarctus du myocarde. La quinidine est la médication spécifique; associée à la digitale, elle donne, en général, une amélioration rapide.

Robert Clément.

G. Melot. ***L'irradiation tangentielle du thorax pour néoplasme du sein*** (*Le Scalpel*, t. 90, n° 20, 15 Mai 1937, p. 609-623). — Les statistiques opératoires européennes et américaines donnent, en moyenne, un pourcentage global de survie de 5 ans chez 30 et 35 pour 100 des cas opérés. Les récidives qui emportent le malade sont pariéto-thoraciques, axillaires, sus-claviculaires ou carotidiennes.

C'est pour améliorer le pourcentage des guérisons chirurgicales qu'est entrée dans la pratique la Roentgenthérapie prophylactique post-opératoire.

La méthode tangentielle permet d'irradier le sein et les territoires lymphatiques dépendants, tout en épargnant les viscères sous-jacents. Les limites cutanées du champ à irradier sont dessinées au crayon gras. L'application des rayons X se fait par 3 champs, un champ antérieur, le faisceau de rayons étant dirigé obliquement de dedans en dehors et d'avant en arrière; un champ postérieur à rayons tangents dirigés en sens inverse et un champ additionnel rétréci appliqué directement sur le thorax au voisinage de la ligne mamelonnaire.

La radiothérapie pré-opératoire est encore discutée. Elle a l'avantage, par l'examen histologique des tumeurs ayant subi la radiothérapie, de fournir quelques indications sur l'efficacité des doses de rayons X employées.

Robert Clément.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague et Vienne)

U. Ulrici (Berlin). ***Tuberculose et culture physique*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 10, 5 Mars 1937, p. 321-322). — On a longtemps hésité sur la question de permettre ou non aux malades atteints de tuberculose de faire de la culture physique. On croyait, à tort, que l'immobilité plus ou moins absolue était nécessaire pour la guérison des tuberculeux.

Or, on a constaté depuis de longues années qu'un bon fonctionnement cardiaque entraînant une bonne circulation sanguine pulmonaire était utile pour activer la guérison.

Mais une bonne activité cardiaque ne peut être obtenue que par des exercices physiques.

Il en est de même des échanges nutritifs, digestion, etc...

Un bon état général, indispensable à la guérison, est souvent obtenu par la pratique de la culture physique.

Pour permettre au malade de faire ces exercices, il est indispensable que certaines conditions soient observées : le malade doit être dans un état général suffisamment bon. On ne doit pas trouver une éosinophilie trop grande, ainsi qu'une monocytose marquée. Une certaine lymphocytose ne peut constituer un obstacle sérieux, ainsi qu'une diminution du nombre des érythrocytes.

Pour accomplir les exercices physiques les malades sont répartis en plusieurs groupes. Dans un premier groupe sont placés les malades sans fièvre, mais encore légèrement « imprégnés ». Dans un deuxième groupe sont placés ceux qui avaient autrefois des tuberculoses ouvertes. Dans un troisième groupe, des malades dont la tuberculose a toujours été fermée.

Quelques groupes spéciaux sont destinés à certaines particularités. L'un de ces groupes est destiné aux malades en traitement avec pneumothorax.

Les exercices se font, le malade en maillot de bain, précédés d'un léger massage. Exécutés mutuellement, les exercices sont adaptés au besoin de chaque groupe, en veillant à ce que le tronc ne soit pas trop agité pour que le poumon, librement mobile, ne fasse pas de mouvements trop violents.

Guy Hausser.

F. Gudzent (Berlin). ***L'allergie spécifique cause de dgoutte et de rhumatisme*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 12, 19 Mars 1937, p. 395-397). — G. a constaté depuis de longues années qu'une élimination riche en albumine était nuisible aux goutteux et aux rhumatisants.

Il a pu expérimenter sur des animaux, et a pu déterminer chez eux, avec de l'albumine, des affections semblables au rhumatisme humain.

En étudiant l'anamnèse de ces affections sur de nombreux sujets humains, il a, en outre, constaté que presque sans exception chez ceux qui sont atteints de rhumatisme ou de goutte, on peut retrouver, dans les antécédents, des maladies allergiques telles que : asthme, urticaire, migraines, etc...

D'autre part, tous les rhumatisants et goutteux sont extrêmement sensibles au point de vue cutané avec des injections de tests riches en albumine. Ces expériences ont d'ailleurs montré que 35 pour 100 des cas observés étaient sensibles à l'albumine animale, 50 pour 100 à des albumines végétales et 10 pour 100 à l'albumine de bactéries et de levures.

G. tire de ces expériences les constatations suivantes : tous les rhumatismes quelle que soit leur forme clinique (névralgies, etc...) proviennent d'une réaction hyperergique due à une ultra-sensibilité vis-à-vis d'une albumine, ultra-sensibilité acquise ou héréditaire.

Voilà pourquoi G., sans négliger les autres méthodes de traitement, règle avant tout le régime des malades atteints de rhumatisme, en éliminant, dans la mesure du possible, les albumines nuisibles. En outre, il cherche à rendre les malades moins sensibles en faisant des injections désensibilisantes.

Guy Hausser.

Kunz Krenn et **Reichl** (Vienne). ***Nouvelles recherches sur le traitement sérothérapique des péritonites*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 14, 2 Avril 1937, p. 471-472). — Bien que de nombreux résultats publiés semblent indiquer que le traitement de la péritonite par un sérum « coli-anaérobie » (découvert en 1930) ait eu une influence favorable sur l'évolution de cette affection, de nombreuses critiques persistent à se faire jour montrant que l'influence du sérum n'est nullement prouvée.

Les auteurs publient les résultats de leurs nombreuses observations. Ils comparent les 324 cas qui ont été traités dans les 5 dernières années après la découverte du sérum avec 322 cas traités dans un même laps de temps avant son utilisation.

Tandis que la mortalité sans sérum était de 17 pour 100, avec l'utilisation de ce dernier elle est tombée à 8,6 pour 100. Le traitement sérothérapique a donc diminué la mortalité de près de 50 pour 100. Ces résultats favorables semblent être uniquement dus au traitement sérothérapique et non à d'autres facteurs.

Il est ainsi prouvé que pendant ces dernières années les appendicites aiguës, source de péritonite, n'ont pas été opérées plus précocement qu'auparavant.

Quant aux décès qui sont survenus malgré le traitement, il s'est agi, en général, de cas particuliers. Toutefois, quelques-uns semblent dus à ce que la dose de sérum injecté était trop faible.

Les auteurs indiquent qu'il faut injecter immédiatement après l'intervention chirurgicale 60 cmc : 30 cmc intra-musculaire, et 30 cmc intra-péritonéal.

Si les symptômes graves ne cessent pas, on doit injecter encore pendant 2 ou 3 jours 40 cmc par la voie veineuse.

Enfin, les auteurs n'ont pas observé de réactions défavorables ou de contre-indication à ce traitement.

Guy Hausser.

Lieberherr (Winterthur). ***Le purpura thrombocytopénique après utilisation de sédormid*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 14, 2 Avril 1937, p. 475-478). — On a déjà connu plusieurs cas d'un tel purpura après l'emploi de sédormid. On en a distingué 2 types : un premier avec thrombocytopénie idiosyncrasique où le purpura se montre dès que le malade a absorbé, pour la première fois, du sédormid, ce qui est rare. Et, un second : avec thrombocytopénie anaphylactique, le purpura n'est advenu qu'après un usage continu de ce produit.

L. rapporte 3 cas dont le premier concerne le premier groupe, d'ailleurs rare. Dans ce premier

cas, le malade dès qu'il eut pris du sédormid eut aussitôt des crampes, une sensation de froid, des tremblements des extrémités, etc... Les symptômes typiques du purpura survinrent le lendemain, les thrombocytes fortement diminués ont augmenté après des injections de Camponone. Le malade fut chaque fois rétabli, mais chaque fois qu'il prit du sédormid, les mêmes symptômes se produisirent.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme qui, à la suite d'une crise de nerfs, avait commencé à prendre du sédormid. Les symptômes graves de purpura commencèrent à apparaître peu après absorption de 40 cmc. Après guérison, la malade ne reprit du sédormid que seulement après une longue interruption. Mais, à la suite de cette nouvelle absorption, elle ne fit plus de vrai purpura, mais seulement une thrombocytopénie.

Enfin, le troisième cas: il s'agissait d'une malade qui avait été atteinte d'un purpura non causé par l'acide du sédormid.

Cette malade pouvait absorber ce produit sans être atteinte à nouveau de purpura ou de thrombocytopénie.

Guy Hausser.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE
(Berlin)

S. Goto (Fukuoka). ***Sur la connaissance de la prétendue myosite ossifiante*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **187**, fasc. 4, 25 Janvier 1937, p. 781-794, 1 fig.). — G. rapporte un exemple typique, chez un sujet de 29 ans, suivi depuis l'âge de 6 ans, de cette maladie faite d'une cyphose vertébrale, de contractures des membres, d'atrophie musculaire étendue et de nodosités saillantes, disséminées de-ci, de-là.

Si la thérapeutique en est inexistante, si la genèse (traumatique ou inflammatoire) en est encore obscure, en revanche les lésions histologiques en sont très claires. Il y a prolifération des éléments du tissu conjonctif, qui entraîne un œdème des tissus, une déchirure des éléments contractiles des fibres musculaires. Le point de départ du processus est le périoste, les tendons ou les aponévroses, mais non les muscles qui sont pris en dernier.

Jean Patel.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig)

H. Voss. ***A propos des néoformations osseuses au voisinage des os et des articulations au cours des affections nerveuses organiques*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. **55**, n° 5, Mai 1937, p. 423-441). — Ce n'est pas seulement dans les cas de lésions transverses de la moelle que l'on peut voir survenir des néoformations osseuses accentuées dans les parties molles des membres paralysés, soit le long de l'os, soit dans les régions para-articulaires; on peut observer des néoformations semblables au cours d'autres affections du système nerveux, qu'il s'agisse d'affections médullaires, cérébrales, ou périphériques. Si c'est surtout au cours de la guerre qu'ont été décrites ces néoformations osseuses, celles-ci étaient cependant déjà connues auparavant (il semble que le premier cas ait été décrit par Riedel en 1883), bien que considérées comme rares.

V. passe rapidement en revue les cas publiés et apporte 4 observations nouvelles (une dans un cas de compression traumatique de la queue de cheval, trois dans des cas d'hémiplégie d'étiologies diverses). A l'occasion de ces observations V. discute de la pathogénie, de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie de ces néoformations.

Morel Kahn.

V. Svab. ***Ostéodystrophie fibro-kystique généralisée*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. **55**, n° 5, Mai 1937, p. 450-457). — S. rapporte les observations détaillées de 2 cas d'ostéodystrophie fibro-kystique généralisée observés chez des femmes de 43 et 47 ans.

Dans le 1er cas (femme de 43 ans examinée en 1926 pour fractures récidivantes de l'humérus gauche) on constate des modifications caractéristiques de multiples parties du squelette: humérus, fémurs, crâne, colonne vertébrale, bassin, dont le diagnostic est confirmé par l'examen anatomo-pathologique. Les clichés pris en 1936 traduisent l'extension du processus et l'existence de nombreuses fractures pathologiques. Il semble que l'état de la maladie ait nettement évolué dans un sens défavorable dès le début d'une nouvelle grossesse survenue en 1929.

Dans le 2me cas (femme de 47 ans) l'examen du squelette fut pratiqué en raison des symptômes osseux que présentait la malade, adressée pour une affection de nature non squelettique (hémorroïdes et abcès périanal): le tableau clinique était celui d'un *leontiasis ossea*, manifestation d'une ostéodystrophie; cependant différentes pièces squelettiques présentaient des manifestations d'ostéodystrophie fibreuse. L'intérêt de ce 2me cas réside surtout en ce que l'on pouvait noter la coexistence d'un syndrome acromégalique tout à fait typique.

Morel Kahn.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

A. E. Roffo Jr. ***Les réactions cutanées aux rayons actiniques et leurs rapports avec la pigmentation congénitale de la peau*** (*La Prensa Medica Argentina*, an. 24, n° 11, 17 Mars 1937, p. 552-575, et n° 12, 24 Mars 1937, p. 604-630). — A la suite des recherches de A. H. Roffo, R. a été amené à étudier les rapports qui existent entre la pigmentation de la peau, les réactions actiniques de celle-ci et le cancer.

Les premières constatations de R. portent sur les réactions purement cutanées. Après une exposition de 2 à 3 minutes aux rayons ultra-violets, les noirs et les mulâtres fortement colorés ne présentent aucune réaction, alors que chez les blancs et les bruns, il suffit de cette même durée d'exposition pour produire une réaction. Cette réaction augmente en raison directe de la durée de l'exposition, mais d'une façon plus lente chez les noirs que chez les blancs.

Pour R. l'érythème n'est pas une réaction caractéristique de la peau aux rayons actiniques, mais plutôt une réaction nerveuse. Ce qui serait confirmé par les expériences qui ont été faites tant en Amérique qu'en Europe sur des champs cutanés anesthésiés et soumis aux rayons ultra-violets. Lorsqu'il y a anesthésie, la peau ne donne plus d'érythème, alors que l'anesthésie n'empêche pas la pigmentation de se produire. Herlitzka impute ce phénomène d'excitation nerveuse aux rayons solaires, lesquels détermineraient dans la peau la formation d'histamine, qui à son tour produirait une vaso-dilatation. Ces phénomènes expliqueraient alors les théories de A. H. Roffo, lesquelles ont trait aux relations qui existent entre la couleur de la peau, l'action solaire, l'hypercholestérinémie et la dégénérescence néoplasique. La cholestérine préparant le terrain cancéreux par suite d'accumulation de cholestérol par endroits, ce qui n'existe que chez les blancs, car le noir est protégé par sa couche pigmentaire, s'associe à une hyper-kératose de défense, provoquant ainsi la dégénérescence de la cellule néoplasique.

Robert Coronel.

A. P. Ramos et P. P. de Biondini. ***Le charbon intraveineux dans le traitement de l'infection puerpérale*** (*La Prensa Medica Argentina*, an. **24**, n° 12, 24 Mars 1937, p. 591-598). — Après avoir opéré une classification rapide et simple des divers cas d'infection puerpérale, R. et B. rappellent brièvement l'histoire de l'application du charbon en thérapeutique anti-infectieuse. Novak, le premier, recommanda, au cours d'endométrites puerpérales, des lavages au charbon animal. Puis en 1916, Kohler publia les succès qu'il avait obtenus au cours de péritonites puerpérales et de diverses autres affections gynécologiques, par cette même thérapeutique. Merck se servit aussi de charbon animal, en solution à 10 pour 100 de sérum physiologique. Benthin, en 1934, et enfin Saint-Jacques de Montréal, la même année, publièrent les résultats de leurs recherches sur la thérapeutique des infections puerpérales par injections intraveineuses de charbon animal. Saint-Jacques, sur 14 infections puerpérales, dont 3 aiguës, n'observa aucun shock, aucune réaction. La technique employée est des plus simples: technique de l'injection intraveineuse, l'aiguille est paraffinée, on injecte du charbon finement pulvérisé en suspension (2 pour 100) dans de l'eau distillée: 3-4 cmc tous les jours pendant huit jours. Il semble que le charbon ait une action particulière et se fixe sur les cellules réticulo-endothéliales du poumon, sur la rate, le foie et la moelle osseuse.

R. et B. ne partagent pas cependant l'optimisme dont fait preuve Saint-Jacques et ils ont très fréquemment observé, au cours de traitements par le charbon, des états de shock accompagnés de violents frissons et de pyrexie. D'autre part, Demarez, dans *La Presse Médicale*, n° 51, 1936, attire notre attention sur les dangers qu'il y a à employer des suspensions trop fines de charbon, par suite d'asphyxie possible par congestion pulmonaire, due aux molécules trop fines de charbon. R. et B. ont fait la même constatation, et n'emploient pas de grains de charbon de moins de 5 mm. de diamètre. Le nombre de traitements qu'ont appliqués R. et B. est de 15, dont voici le détail:

Guérison: endométrite simple, 2 cas; endométrites graves, avec ou sans rétention, 4 cas; thrombo-phlébite bénigne et phlegmatia alba dolens, 3 cas; thrombo-phlébite grave, 2 cas.

Décès: thrombo-phlébite très grave, septicopyohémie, 3 cas; pelvi-péritonite suppurée et thrombo-phlébite septique, 1 cas.

Malgré les échecs enregistrés au cours de cette série thérapeutique, R. et B. ont toujours recours à la thérapeutique charbonneuse, dans les cas moyennement graves et après s'être entourés de toutes les précautions techniques décrites plus haut.

Robert Coronel.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

O. P. Aguilar et I. Smirnoff. ***Asthme et tuberculose*** (*La Semana Medica*, an. **44**, n° 2254, 25 Mars 1937). — Après avoir retracé, dans ses grandes lignes, l'historique de l'asthme, ses manifestations cliniques, ses diagnostics différentiels, A. et S., avant d'aborder le chapitre même de l'asthme tuberculeux, nous donnent une rapide statistique de l'étiologie asthmatique:

	pour 100
Asthme consécutif à une rhino-bronchite	50
Asthme consécutif à une bronchite	26
Apparu au début d'une pneumonie	8
Consécutif à une coqueluche	4
Consécutif à une grippe	4
Asthme associé à des lésions tuberculeuses	5
Asthme d'origine spécifique	1

A. et S. relatent ensuite les recherches diverses qui ont été faites tant en Europe qu'en Amérique, sur les rapports qui existent entre l'asthme et la tuberculose. Entre les partisans de l'asthme tuberculeux, et ceux de l'antagonisme entre tuberculose et asthme, il y a place pour une opinion raisonnable: à savoir que tout asthmatique peut devenir tu-

berculeux et tout tuberculeux se transformer en asthmatique.

Trois cas peuvent se présenter: 1° tuberculinisation d'un asthmatique ; 2° tuberculose larvée ou inactive donnant comme seul symptôme de l'asthme; 3° amélioration de la bacillose et au cours de cette amélioration, apparition d'un asthme secondaire. A. et S. nous présentent ensuite 16 observations typiques d'association asthme-tuberculose, desquelles nous pouvons, avec A. et S., tirer les conclusions suivantes:

I. L'asthme est un syndrome et non une maladie.

II. Son apparition semble due à un mécanisme anaphylactique.

III. Il existe réellement, chez l'enfant, un asthme tuberculeux produit par des lésions ganglionnaires, et chez l'adulte par une tuberculose inactive, latente. qui agit par irritation. Ceci dans la proportion de 5 à 6 pour 100.

IV. Rien ne peut faire supposer que l'asthme se déclare toujours sur un terrain tuberculeux.

V. Il n'y a pas antagonisme proprement dit entre l'asthme et la tuberculose, mais la rareté relative de cette association est due aux difficultés d'association conditionnées par les caractéristiques anatomiques de chacune de ces deux affections.

VI. Chez 82 pour 100 des asthmatiques qui se tuberculinisent l'évolution est fatale.

VII. Chez environ 75 pour 100 des tuberculeux qui deviennent asthmatiques. cette dernière affection indique un arrêt des lésions tuberculeuses.

Robert Coronel.

BOLETIN DEL INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL PARA EL ESTUDIO DEL CANCER

(Buenos-Aires)

A. H. Roffo. ***Le tabac, agent cancérigène*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio del cancer*, t. **13**, n° 42, Août 1936, p. 287-337). — Ce nouveau numéro de la belle publication de l'Institut dirigé par R. s'ouvre par un important travail de cet auteur, qui renouvelle la question du rôle cancérigène du tabac.

R. démontre la réalité de cette action cancérigène. Les cancers du *larynx* et du *poumon* s'observent chez des fumeurs dans plus de 90 pour 100 des cas; les cancers de la *langue* et des *voies urinaires* dans plus de 80 pour 100. Le terrain joue néanmoins un rôle prépondérant.

La *nicotine* ne présente pas de pouvoir cancérigène: l'expérimentation avec la nicotine et les extraits de tabac frais reste négative.

C'est la *fumée* de combustion du tabac qui détermine la cancérisation: les goudrons, obtenus par distillation du tabac, renferment des substances qui s'apparentent spectrométriquement aux phénantrènes du goudron de houille.

Le goudron de tabac détermine, sur l'oreille du lapin et du cobaye, des papillomes se cancérisant au 10e mois.

Le fumeur réalise un vrai badigeonnage de ses voies aériennes: 3 paquets de cigarettes renferment plus de 1 gr. de goudron.

132 spectrogrammes et nombreuses microphotographies histologiques hors texte.

G. d'Heucqueville.

A. H. Roffo et V. del Giudice. ***Radiothérapie du carcinome des glandes thyroïdes*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio del cancer*, t. **13**, n° 42.-Août 1936, p. 481-493). — Les tumeurs malignes de la glande thyroïde ne sont pas rares. Ce sont le plus souvent des adéno-carcinomes, parfois des squirres et des sarcomes.

R. et G. ont traité par la rœntgenthérapie 7 tumeurs malignes inopérables, dont 3 vérifiées par biopsie, et ont obtenu la disparition de la tumeur dans tous les cas.

G. d'Heucqueville.

G. Iacapraro et J. S. Fernandez. ***Fibromyome vésical*** (*Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio del cancer*, t. **13**, n° 42, Août 1936, p. 503-507). — Observation d'une tumeur de la vessie, du type rare de fibromyome, chez un homme de 67 ans.

Hématurie, cystoscopie, opération et guérison: la tumeur, pédiculée, remplissait la cavité vésicale.

Examen histologique montrant les caractères des fibromyomes. G. d'Heucqueville.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA

(Sydney)

D. O. Shiels. ***Comparaison des granulations basophiles et du rapport des grands aux petits lymphocytes dans le diagnostic et la prophylaxie de l'intoxication saturnine*** (*The medical Journal of Australia*, An. **24**, t. **1**, n° 15, 10 Avril 1937, p. 535-545). — 750 numérations globulaires et 313 sujets ont été examinés dans le but de savoir la valeur relative des différentes méthodes de diagnostic pour déceler le saturnisme.

Au point de vue clinique, on a divisé les individus examinés en 3 classes : la première contenant ceux qui ont présenté le plus de symptômes sévères. Le deuxième groupe comprend les sujets atteints de signes moins graves. Le troisième, ceux qui n'ont présenté aucun symptôme, ou des signes très légers qui n'ont nécessité ni traitement ni arrêt de travail.

Une amélioration de l'état clinique est fréquemment associée à une augmentation dans le nombre des cellules ponctuées et inversement. S'il y a une relation générale et définie entre l'état clinique et le taux des cellules ponctuées, on trouve cependant dans chaque groupe de larges différences pour le taux moyen. Il est extrêmement rare que le rapport des grands aux petits lymphocytes montre des variations analogues et dans chaque classe d'intoxiqués il y a moins d'écart dans les moyennes.

Le rapport est plus étroitement en corrélation avec l'état clinique et plus utile comme guide pour la prévention et le diagnostic de l'intoxication saturnine.

Il est difficile d'apprécier la gravité des cas par les recherches de laboratoire seules.

Quand un sujet est examiné, alors qu'il travaille ou qu'il a quitté le travail depuis peu de jours, on peut s'attendre à découvrir l'intoxication saturnine quand il présente un total de 2.500 cellules ponctuées ; 1.000 cellules grossièrement ponctuées ; un rapport des grandes aux petites cellules lymphoïdes au-dessous de 1,5 ; une concentration du plomb dans l'urine de 0,15 milligr. par litre et au-dessus ; lorsque le chiffre des cellules ponctuées divisé par le rapport des grands aux petits lymphocytes égale 800. Robert Clément.

O HOSPITAL

(Rio-de-Janeiro)

M. Costa, C. de Barros et C. Barbieri. ***Valeur de la tension artérielle en malariathérapie*** (*O Hospital*, vol. **11**, n° 4, Avril 1937, p. 399-428). — Dans un récent travail, paru en Juillet 1936, C., B. et B. avaient fait part des résultats de leurs recherches sur la relation existant entre l'accès fébrile et la pression artérielle, à savoir qu'avant la fin de chaque crise on assiste à une chute de tension. Jusqu'ici l'on n'avait pas entrepris de recherches systématiques sur cette relation: « pression artérielle-malaria ». C'est ce qu'ont entrepris C., B. et B. sur 167 cas, traités par la malariathérapie. Parmi les malades relevant de cette thérapeutique, 82 étaient atteints de paralysie cérébrale, 12 de tabes, 12 de syphilis cérébrale, 6 de paralysie tabétique, 11 de myélite, 8 de syphilis-cérébro-spinale, etc.

C., B. et B. ont systématiquement mesuré la pression artérielle de chaque malade avant et après leurs crises. Ils observèrent que celle-ci baissait lors de la cessation des accès.

Les conclusions finales de C., B. et B. sont les suivantes:

a) Au cours du traitement malariathérapique, la chute brusque de la tension artérielle est l'indice qui avertit d'avoir à interrompre l'accès fébrile.

b) Le pincement de la différentielle, aussi bien que l'abaissement de la maxima ou de la minima, en sont des signes certains.

c) Les lésions cardiovasculaires, constatées cliniquement ou radiologiquement, et bien compensées cliniquement, ne sont pas des contre-indications de la malariathérapie.

d) Il n'existe aucune relation entre ces lésions cardiovasculaires découvertes à la radio et la chute brusque de la tension.

e) Les médications cardio-toniques, administrées avant la chute de tension, n'empêchent pas celle-ci, et ne jouent d'autre part aucun rôle dans le retour ultérieur de la tension à la normale.

f) La médication anti-paludique classique est grandement suffisante lorsque l'on veut arrêter un accès fébrile, à la suite d'une chute de tension, celle-ci revenant à la normale en 4 à 5 jours.

g) Cette chute de tension brusque, au cours d'une impaludation provoquée, est due à une toxi-infection d'origine endocrino-neuro-végétative.

Robert Coronel.

ARCHIVES OF SURGERY

(Chicago)

Delbert H. Werden (San Diego). ***Drainage du liquide céphalo-rachidien comme méthode de traitement des traumatismes craniens*** (*Archives of Surgery*, vol. **34**, n° 3, Mars 1937, p. 424-460). — A l'inverse de la tendance générale actuelle, cet article est un plaidoyer pour le drainage du liquide céphalo-rachidien dans les fractures du crâne. On sait que l'hypertension intra-cranienne est un symptôme important de ces fractures, source de complications, et W. pense que la première indication du traitement est de soulager cette hypertension en pratiquant un drainage céphalo-rachidien, soit à l'aide de ponctions lombaires répétées, soit à l'aide d'une trépanation de drainage sous-temporal; à son avis la ponction ventriculaire est dangereuse et peu avantageuse. D'un autre côté, les dangers de la ponction lombaire (coincement du cervelet) lui paraissent exagérés. Il a pratiqué environ 500 ponctions lombaires pour hypertension dans les fractures du crâne, et il a obtenu une amélioration des signes d'hypertension sans aucun accident imputable à la ponction elle-même. En outre, le drainage céphalo-rachidien paraît indiqué comme traitement pré- et post-opératoire dans les cas où une intervention de trépanation large est indiquée.

Le drainage céphalo-rachidien est indiqué dans tous les cas où il existe des symptômes d'hypertension (céphalée, nausée, vomissements, torpeur, coma, bradycardie, etc.); ces ponctions sont répétées une ou deux fois par jour et même dans les cas sévères toutes les 6 ou 8 heures jusqu'au retour à la pression céphalo-rachidienne normale.

Les résultats sont variables suivant les cas. La plupart du temps on assiste à une amélioration nette des symptômes fonctionnels et la pression baisse progressivement vers le rétablissement à la normale, ce sont les cas les plus favorables. Ou bien à la suite de l'arrêt des ponctions lombaires on assiste à de nouveaux phénomènes d'hyperpression cranienne qui nécessitent la reprise du drainage. Enfin, dans certains cas, il n'existe aucune amélioration par la ponction lombaire et il s'agit alors d'un épanche-

ment localisé indiquant la nécessité d'une intervention chirurgicale.

140 cas de traumatisme cranien ont été traités de la sorte en se basant sur les signes fonctionnels et sur la pression manométrique.

17 cas ont dû être opérés, car la ponction lombaire n'avait pas été suffisante. Ces cas correspondent à :

a) Epanchements céphalo-rachidiens localisés, 10 cas;

b) Hématome extra-dural, 1 cas;

c) Hématome sous-dural, 3 cas;

d) Hémorragie intra-cérébrale, 1 cas;

e) Œdème cérébral, 2 cas.

Tous les autres cas ont été traités uniquement par le drainage céphalo-rachidien à l'aide de ponctions lombaires, mais l'auteur ne donne pas de statistique de tous ces cas et nous ignorons le pourcentage de gravité.

Enfin, à son avis, il existe des contre-indications à la ponction lombaire qui sont :

a) L'état de choc du début;

b) La rupture de l'artère méningée moyenne, si on a pu en faire le diagnostic;

c) Et enfin la fracture ouverte du crâne.

F. d'Allaines.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

F. F. Schwentker, F. P. Clason, W. A. Morgan, J. W. Lindsay et **P. H. Long.** ***L'emploi du para-amino-benzène-sulphonamide ou de ses dérivés dans le traitement de la méningite à streptocoque hémolytique*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. **9**, n° 4, Avril 1937, p. 297-306). — Trois enfants de 6, 13 et 9 ans et un homme de 45 ans, atteints de méningite à streptocoque hémolytique β, ont été traités avec le para-amino-benzène-sulphonamide ou ses dérivés : trois ont guéri. Le premier cas concerne une petite fille qui, 6 jours après une douleur otitique, présenta des signes de méningite, un liquide céphalo-rachidien trouble contenant du streptocoque hémolytique. Elle fut d'abord traitée par du sérum antiméningococcique, puis on pratiqua une mastoïdectomie en même temps qu'on institua un traitement par la sulphonamide ; l'amélioration progressive suivit.

La deuxième méningite survint 1 mois après les oreillons et 15 jours après une infection respiratoire. Elle fut traitée par du sérum antistreptococcique, des transfusions ; elle guérit malgré le développement d'une néphrite aiguë au 25e jour.

Chez le troisième sujet, atteint depuis longtemps d'une otite chronique, les signes méningés coïncidaient avec ceux d'une mastoïdite. A la suite de la mastoïdectomie, 2 transfusions furent faites, puis une injection intra-rachidienne de Prontosil. La température baissa et l'amélioration se poursuivit. Il y eut cependant une reprise des symptômes méningés cliniques et biologiques.

La dernière observation concerne un homme de 45 ans opéré pour une tumeur intracranienne qui fit 7 jours plus tard une cellulite cranienne. On trouva du streptocoque hémolytique dans le pus de la plaie et dans le liquide céphalo-rachidien.

Malgré le traitement par la P.A.B.S., le malade succomba quelques jours plus tard.

Robert Clément.

FUKUOKA ACTA MEDICA

Akiyama. ***Méthode de dosage quantitative de l'histamine*** (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **30**, n° 1, Janvier 1937). — Le dosage quantitatif de l'histamine peut être chimique ou pharmacologique.

Les méthodes chimiques sont : la méthode colorimétrique de Hanke et Koessler, et la méthode la plus récente de Yokoyama. Les procédés pharmacologiques sont basés sur l'action de l'histamine sur la pression sanguine du chien et du chat, sur la sécrétion gastrique, ou encore son action sur l'intestin isolé du cobaye.

La méthode Hanke et Hoessler est encore à elle seule insuffisante. La technique de Yokoyama présente certains avantages : l'histamine peut être retirée à peu près pure des organes et des tissus. la quantité d'histamine perdue au cours de la réaction chimique est assez minime, et on peut déceler de petites quantités d'histamine.

Toutefois les méthodes chimiques sont encore insuffisamment précises. Elles doivent être contrôlées par la méthode pharmacologique qui est plus sûre. La meilleure est celle qui utilise l'action de l'histamine sur l'intestin du cobaye isolé et atropinisé. Elle permet de déceler l'histamine à la concentration de 1|2.000 millionièmes.

Ces deux méthodes associées, chimique et pharmacologique, permettent de doser l'histamine dans les viscères et les tissus.

H. Schaeffer.

Akiyama. ***Le contenu en histamine des organes et des tissus chez le sujet normal*** (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **30**, n° 1, Janvier 1937). — Le dosage de l'histamine pratiqué dans les organes et les tissus d'un jeune chien bien portant de 5 kilogr., par les méthodes chimiques et pharmacologiques, donne les résultats suivants en milligrammes par kilogramme :

Duodénum, 19,8 ; intestin grêle,918; foie, 8,6; estomac, 8; poumons, 9,6; gros intestin, 6,9; pancréas, 3,6; rate, 2; reins, 0,5; sang de la veine porte, 0,04.

Dans tous ces organes la présence d'histamine est constante. Dans le sang du ventricule droit on n'en rencontre que des traces et de façon inconstante.

Dans le sang veineux frais et dans l'urine de l'homme bien portant, on ne trouve jamais d'histamine.

H. Schaeffer.

Akiyama. ***Contenu en histamine des divers organes chez un animal avec iléus*** (*Fukuoka Acta Medica*, vol. **30**, n° 1, Janvier 1937). — Les recherches ont été pratiquées chez de jeunes chiens qui moururent d'un iléus expérimental. Un segment de 10 cm. d'intestin fut réséqué et les deux extrémités de l'intestin aveuglées.

Du fait de l'iléus le contenu en histamine des organes et des tissus est appréciablement augmenté. Si l'on ferme l'extrémité inférieure de l'intestin, le taux de l'histamine est augmenté dans les proportions suivantes. Dans les reins il est de 16,5 fois son taux normal. Dans le foie et les poumons ce taux est multiplié seulement par 5. Si l'on oblitère l'extrémité supérieure de l'intestin, le taux de l'histamine dans les reins est encore appréciablement augmenté. Dans les poumons le taux normal est multiplié par 8. Le taux de l'histamine dans l'intestin n'est jamais notablement augmenté. Le sang de la veine porte et du ventricule gauche contient une quantité notable d'histamine. Le sang veineux périphérique contient 0,1 d'histamine.

Ainsi donc le taux de l'histamine est augmenté dans tous les tissus de chiens avec iléus, et il est permis de se demander si cette accumulation d'histamine dans l'organisme ne joue pas un rôle dans le mécanisme des accidents qui causent la mort!

H. Schaeffer.

Akiyama. ***Le contenu en histamine des divers organes au cours des péritonites aiguës généralisées*** (*Fuknoka Acta Medica*, vol. **30**, n° 1, Janvier 1937). — Une péritonite généralisée est provoquée chez de jeunes chiens de 5 kilogr. en sectionnant transversalement l'intestin. Un dosage de l'histamine est pratiqué dans les divers organes peu avant la mort. Celui-ci est appréciablement augmenté dans l'intestin, le foie, les poumons, la rate, le pancréas, les reins et le sang.

Dans l'intestin, le foie, et les poumons, le taux de l'histamine est égal à 5 fois le taux normal.

Dans tout l'intestin, c'est le duodénum où le taux est le plus augmenté, où il atteint 8 milligr. %.

Dans la rate, le pancréas et les reins, le taux de l'histamine est proportionnellement moins augmenté.

Il existe également de l'histamine dans le sang et le pus péritonéal.

Ces faits portent à penser que l'histamine doit être incriminée dans les accidents mortels des péritonites aiguës.

H. Schaeffer.

MITTEILUNGEN AUS DER MEDIZINISCHEN AKADEMIE ZU KIOTO

S. Ochi et **I. Sato.** ***Recherches expérimentales sur l'hormone gastro-intestinale*** (*Mitteilungen aus der medizinischen Akademie zu Kioto*, t. **19**, n° 4, Avril 1937, p. 1849-1850). — L'injection intraveineuse d'hormone gastro-intestinale augmente la sécrétion biliaire du lapin à fistule biliaire. Une partie de l'hormone injectée se retrouve dans la bile. L'excrétion atteint son maximum à la deuxième heure, puis diminue graduellement.

Une partie de l'hormone gastro-intestinale qui a été injectée dans la veine de l'oreille du lapin apparaît au bout de quelques heures dans l'urine, l'excrétion atteignant son maximum au bout de quatre heures. On peut souvent, mais non toujours, déceler l'hormone gastro-intestinale dans les fèces du lapin normal. La résorption de l'hormone dans l'intestin grêle et dans le gros intestin joue là un grand rôle.

P.-L. Marie.

MEDICINA

J. Mockevicius. ***Trois cas de paralysie post-diphtérique guéris par des doses énormes de strychnine*** (*Medicina*, t. **18**, n° 3, 1937, p. 204-212). — M. rapporte les observations de trois enfants de 10 ans, 1 an 1/2 et 3 ans 1/2, ayant présenté des paralysies diphtériques graves, presque généralisées, avec atteinte des muscles respiratoires, qu'il a traités par des injections de strychnine à la dose de 1/2 à 1 milligr. par kilogramme de poids corporel et par jour. Malgré l'état désespéré des trois malades ceux-ci ont guéri sans séquelles et M. se félicite d'avoir utilisé pour le traitement de ces diphtéries graves le traitement préconisé en 1935 par G. Paisseau, G. Braillon, C. Vaille et J. Jannette-Walen.

Robert Clément.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Varsovie)

J. Kostrzewski et **M. Bilek.** ***De l'effet favorable de la maladie post-sérique dans sa forme résiduelle*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **16**, n° 6, 7 Février 1937, p. 100-101). — A propos de quelques observations de maladie post-sérique chez des enfants atteints de diphtérie, K. et B. concluent que, pour déclencher dans l'évolution de la diphtérie des réactions heureuses, il n'est pas nécessaire de provoquer la maladie post-sérique avec tous ses signes au complet. La forme résiduelle suffit pour obtenir les résultats voulus. L'introduction dans l'organisme d'albumine étrangère entraîne l'accumulation d'une réserve plus ou moins grande d'énergie. L'utilisation de cette énergie influe très favo-

rablement sur l'évolution de la maladie qui a occasionné la décharge de cette énergie. La réalisation des effets heureux ne nécessite pas la présence de tout l'ensemble des symptômes souvent bruyants. Sa forme résiduelle, fractionnée ou fugace, assure le succès.

FRIBOURG-BLANC.

J. W. Jankowski. ***L'influence du régime carné sur les réactions de la peau*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **16**, n° 7, 14 Février 1937, p. 125-127). — Comme suite aux travaux ayant trait à la formation de l'histamine dans la peau (compte rendu de la Société de Biologie, t. **111**, p. 329; *Pols. Gaz. Lek.*, n° 44, 1932), J. étudie l'influence qu'exerce la digestion des aliments carnés sur la peau. Les réactions cutanées sont étudiées à l'aide de mensurations de l'étendue de la réaction produite par l'injection intradermique de morphine chez les sujets soumis au régime carné par comparaison à d'autres qui n'absorbent pas de viande. J. constate que le régime carné augmente la réactivité cutanée. Cette action dynamique des aliments carnés est très individuelle. Comme d'une part l'histamine du sang influe sur la réactivité de la peau et que d'autre part, au cours de la réaction cutanée, l'histamine est libérée, on peut conclure à une haute importance du rôle de l'histamine et des corps congénères sur les réactions cutanées. La particularité dont jouissent les aliments carnés d'augmenter la réactivité cutanée doit être retenue pour diriger la diététique au cours des affections cutanées. Ainsi on constate des aggravations notables de l'urticaire chronique sous l'influence du régime carné. Enfin, cette méthode peut servir à dépister les aliments particulièrement nocifs dans des cas particulierss.

FRIBOURG-BLANC.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE (Varsovie)

J. Eisenfarb. ***Contribution à l'étude de l'anémie hyperchrome et de l'œdème dans les affections parenchymateuses du foie*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **13**, n° 35, 17 Septembre 1936 et n° 36, 24 Septembre 1936). — E. rapporte l'observation d'une malade atteinte d'ictère intense et prolongé qui présenta à la fin du 2e mois le syndrome d'anémie hyperchrome avec œdème généralisé. De plus, les recherches de laboratoire révélèrent une diminution considérable des protides du sang, concernant surtout la fraction d'albumine, avec diminution du coefficient albumine-globuline, une forte déficience dans l'utilisation de l'azote alimentaire pour la formation de l'urée. E. conclut que l'ictère catarrhal est à l'origine de l'anémie hyperchrome et de l'œdème, par insuffisance de la cellule hépatique. Au point de vue thérapeutique, l'anémie a été combattue par des injections d'extrait hépatique et les œdèmes par l'administration de 50 à 60 gr. d urée *per os* pendant 23 jours. Il semble que la diminution de la production de l'excrétion de l'urée joue dans la production de l'œdème un rôle aussi important que les autres perturbations du métabolisme des protides. E. préconise la thérapeutique uréique dans toutes les affections parenchymateuses du foie pour régulariser le métabolisme des protéines et pour agir préventivement contre les œdèmes.

FRIBOURG-BLANC.

L. Jelenkiewicz. ***Hyperémie artérielle dans les foyers inflammatoires par administration de thyroïdine comme moyen nouveau de traitement de certains processus inflammatoires*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. **14**, n° 2, 14 Janvier 1937, p. 24-27). — A propos de l'auto-observation d'un volumineux anthrax du cou d'allure inquiétante, J. étudie les phases du processus inflammatoire local et les diverses méthodes de traitement visant le facteur vasculaire. Il recherche un moyen ayant pour but de provoquer au niveau du foyer inflammatoire de l'hypérémie active. En se basant sur les constatations faites au cours de la maladie de Basedow sur les troubles circulatoires, on peut déduire que la masse sanguine périphérique le tous les organes chez ces malades est augmentée. L'action pharmacodynamique vasculaire de la thyroïdine semble fournir une indication pour son emploi au cours des processus inflammatoires locaux, d'abord comme moyen de provoquer de l'hypérémie périphérique et ensuite en raison des effets diurétiques. J. prescrit la thyroïdine à doses massives (12 dragées de 0,50 centigrammes) le premier jour, à doses faibles les jours suivants (2 dragées). Le résultat thérapeutique est très encourageant pour tenter l'emploi de cette médication dans d'autres processus inflammatoires.

FRIBOURG-BLANC.

LISBOA MEDICA

A. Rodrigues et **R. Carvalho.** ***La radio-kymographie et la cinématique respiratoire dans les interventions sur le phrénique*** (*Lisboa Medica*, t. **15**, n° 3, Mars 1937, p. 127-143). — L'interruption totale du phrénique, soit anatomique (exérèse), soit simplement fonctionnelle (alcoolisation) détermine, après la paralysie, une action sur l'hémidiaphragme se manifestant à la radiokymographie par l'ascension et la déformation du muscle et l'inversion de ses mouvements.

Quelques jours après, à la faveur d'une adaptation fonctionnelle des derniers nerfs intercostaux ou du plexus diaphragmatique, le diaphragme récupère une partie de sa mobilité active qui se traduit par des mouvements successivement actifs et passifs, à chaque mouvement respiratoire costal. La paralysie d'un hémidiaphragme s'accompagne d'une augmentation du mouvement des côtes du même côté, ainsi que d'une incursion diaphragmatique plus importante à l'inspiration du côté opposé, ce qui signifie, d'après la théorie de Weber, que le collapsus et l'immobilité de la base pulmonaire du côté opéré entraînent une augmentation de la fonction respiratoire dans le lobe supérieur du côté homologue et de la base du poumon opposé. Il est donc nécessaire en clinique de tenir compte de ces faits et de vérifier si ces zones pulmonaires peuvent sans danger supporter ce surmenage fonctionnel avant de décider une intervention sur le phrénique.

Une interruption partielle sur le phrénique détermine une paralysie localisée de zones bien déterminées de l'hémidiaphragme considéré. Cette constatation nous laisse espérer que grâce à la détermination précise de la topographie des dernières ramifications du phrénique, il sera possible d'obtenir des paralysies limitées et électives du muscle.

Ces recherches permettent de pénétrer dans le domaine de la physiopathologie respiratoire et R. et C. pensent que la radiokymographie apportera une large contribution non seulement à l'étude de la respiration normale, mais aussi à celle de la pathologie et de la chirurgie pulmonaires.

De fait, ces constatations peuvent fournir d'utiles indications sur la cinématique respiratoire dans divers états pathologiques et contribueront à l'étude de l'état fonctionnel du poumon au cours des différentes méthodes de collapsothérapie.

G. POIX.

A MEDICINA CONTEMPORANEA (Lisbonne)

A. da S. Travassios. ***Amibiase intestinale chronique autochtone au Portugal*** (*A Medicina contemporanea*, t. **60**, n° 15, 11 Avril 1937). — S. T. rapporte 4 observations d'amibiase observée au Portugal, premiers cas autochtones dans la littérature.

Les sujets présentent une diarrhée intense, de l'anémie, de la leucocytose, de l'amaigrissement. Dans 2 cas, l'on a dû pratiquer un anus artificiel.

L'identification des kystes amibiens dans les selles ne va pas sans difficulté..

Rappel des travaux étrangers sur ce sujet.

G. D'HEUCQUEVILLE.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE, GYNÉCOLOGIE ET PUÉRICULTURE (Bucarest)

Zaharesco-Karaman, Al. Batesco, S. Fontin et **Vasilesco.** ***La créatine dans le sang et dans les urines, dans l'insuffisance sexuelle*** (*Revue d'obstétrique, de gynécologie et de puériculture*, t. **6**, n° 4, Décembre 1936). — L'étude du métabolisme de la créatine présente une valeur clinique réelle, en rapport avec la physiopathologie de la sexualité féminine; elle permet d'établir de véritables signes d'insuffisance hormonale et en même temps de trouver les moyens de contrôle du traitement de celle-ci.

Chez les femmes adultes avec fonctions ovariennes supprimées ou troublées, on a constaté, régulièrement, la *créatinémie augmentée* et l'apparition de la créatinurie.

Lorsque le traitement de l'insuffisance ovarienne amène une amélioration, en même temps la créatinémie diminue et la créatinurie disparaît. Pour les auteurs, l'examen de la créatine dans le sang et les urines serait utile non seulement pour établir un signe d'insuffisance hormonale, mais aussi on dispose d'un contrôle de la thérapeutique appliquée.

Les créatinuriques intolérantes à la créatine exogène le sont également à la créatine qu'elles synthétisent, le grade de saturation de la musculature en créatine étant situé très bas, en ce cas.

Les femmes, lesquelles ont un état sexuel insuffisant, présentent un manque de tolérance à la créatine, au delà d'un seuil bas situé, ce qui crée la créatinurie.

Suivent 2 observations. Dans la première, une malade dysménorrhéique et oligoménorrhéique, la créatinémie passe de 1,44 à 0,434, la créatinurie de 1 gr. à 0. Dans la deuxième, métrorragie, la créatinémie passe de 0,120 à 0,032, la créatinurie de 0,346 à 0,040.

HENRI KRAUTER.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

A. Westerborn (Varberg). ***Sur le risque d'embolie dans le traitement des varices par injections et leur rapport avec les cas d'embolie survenus en Suède*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **79**, fasc. 4, 1er Mai 1937, p. 321-357). — Sur 30.000 cas de varices traités par des injections sclérosantes entre 1927 et 1934, W. relève 11 décès, c'est-à-dire un pourcentage de 0,036. Sur 1.200 cas où injections et ligatures furent combinées, de 1928 à 1934, il eut 4 décès (mortalité, 0,38 pour 100). Sur 6.994 sujets dont les varices furent opérées, 18 succombèrent, de 1921 à 1925 (mortalité: 0,26 pour 100).

L'opération d'une part, l'injection et la ligature de l'autre, ont donc entraîné une mortalité de même ordre, 10 fois plus grande que celle consécutive à la méthode de la simple injection.

Parmi les causes d'embolie, le séjour au lit et l'infection occupent la première place et ces facteurs expliquent presque toutes les embolies par traitement par injection simple. En éliminant ces deux facteurs, on fera encore diminuer le pourcentage des embolies.

Au point de vue du danger d'embolie, le choix de la substance à injecter semble sans importance, chaque produit a donné un certain nombre d'embolies.

L'injection intra-variqueuse thérapeutique avait été 16 fois la quinine-uréthane, 12 fois le NaCl, 9 fois des solutions de sucre et 8 fois le salicylate de soude.

L'utilisation de la quinine-uréthane perd du terrain à l'étranger, alors qu'elle est encore très répandue en Suède. Les solutions de sucre et celles de NaCl sont les plus couramment employées. L'usage d'un nouveau produit: le morrhuate de soude varicocide, a pris ces derniers temps une grande extension et semble donner, d'après l'expérience de l'auteur, d'excellents résultats.

ROBERT CLÉMENT.

HELVETICA MEDICA ACTA
(Bâle)

Pierre Guye. *La cirrhose pigmentaire. A propos des cas de cette affection examinés à l'Institut pathologique de Genève au cours de 30 années (1905-1935)* [*Helvetica Medica Acta*, t. **4**, n° 2, Avril 1937, p. 209-236]. — Au cours de 30 ans, sur un total de près de 20.000 autopsies pratiquées à l'Institut pathologique de Genève, on a relevé 37 cas de cirrhose pigmentaire. Les lésions principales sont un gros foie dans plus de la moitié des cas et un foie inférieur à la normale dans 40 pour 100 des cas. Il s'agit le plus souvent d'une cirrhose à fines granulations. On constate également une dissémination marquée d'hémosidérine dans les ganglions lymphatiques surtout abdominaux et dans les glandes à sécrétion interne. Le tissu fibreux est augmenté dans le pancréas et dans la corticosurrénale et il y a fibrose des testicules.

Une autre pigmentation parfois très importante doit être attribuée à la lipofuscine. Elle siège dans les fibres lisses des artères et du tractus digestif ainsi que dans les fibres conjonctives de la rate, des ganglions, des vésicules séminales, de la prostate, du myocarde, etc. Le pigment des cellules hépatiques qui ne se colore pas sous l'influence des réactifs du fer est d'une nature encore sujette à controverses. Enfin, la mélanine est augmentée une fois sur cinq dans la couche basale de l'épiderme. Ainsi, cette affection mérite bien le nom de polycirrhose polypigmentaire proposé par Askanazy.

Au point de vue étiologique, G. note une certaine proportion d'intoxication comme pour la cirrhose banale. L'alcoolisme notamment est signalé dans plus de la moitié des cas. La fièvre typhoïde est notée dans l'anamnèse dans 30 pour 100 des cas. Par rapport aux hommes, les femmes sont atteintes dans la proportion de 1 : 6.4 alors que pour la cirrhose banale, ce rapport à Genève est de 1 : 1.56. Parmi les facteurs étiologiques, on doit donc faire intervenir un état constitutionnel auquel viennent s'ajouter les causes banales de la cirrhose comme l'alcool et les autres intoxications. L'insuffisance constitutionnelle affecterait le métabolisme du fer dont l'assimilation serait déficiente, soit du fait de la cellule hépatique, soit du fait du système réticulo-endothélial. On ne s'explique bien ni l'origine ni la constitution chimique des dépôts de la lipofuscine. La mélanodermie peut être mise en rapport avec une insuffisance de vitamine C dépendant des surrénales.

P.-E. MORHARDT.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
(Lausanne)

G. Bickel. *Essai de traitement de l'artérite sténosante des extrémités par la vitamine B 1* (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. **57**, n° 6, 25 Mai 1937, p. 321-331). — Ayant été frappé du rôle considérable que semble jouer dans la pathogénie et la symptomatologie des artérites des extrémités, quelle que soit leur forme, le facteur nerveux, B. a essayé d'agir sur les centres mésocéphaliques et les extrémités nerveuses, non seulement par les thérapeutiques calmantes et anti-spasmodiques habituelles, mais en modifiant les conditions de la fibre nerveuse par l'administration prolongée de vitamine B 1.

Chez un malade de 39 ans, atteint depuis 5 ans d'une forme grave et progressive de thrombo-angéite de Burger et ayant résisté aux médications usuelles, 3 cures successives de vitamine B 1 à la dose quotidienne de 1 à 2 milligr. ont provoqué une amélioration subjective des douleurs en quelques semaines et un arrêt de l'évolution de la maladie après 4 mois.

Un homme de 49 ans, souffrant depuis 4 ans de douleurs violentes dans les jambes, surtout après l'effort, obtint une détente manifeste après 20 injections de vitamine B 1.

Une femme de 64 ans, ayant présenté de la claudication intermittente, un homme de 39 ans, présentant des douleurs après l'effort et une diminution de l'indice oscillométrique, un autre ayant déjà une escarre au tiers inférieur de la jambe, furent également améliorés.

Dans une dizaine d'autres cas où la médication fut essayée, les résultats furent variables, souvent excellents, quelquefois nuls ou médiocres. Chez deux malades, elle n'empêcha pas l'amputation de la jambe.

Il est peu probable que l'artérite sténosante des extrémités soit une maladie par carence, ou que la vitamine B 1 ait une action directe sur l'appareil vasculaire. B. admet donc que l'action favorable se manifeste par l'intermédiaire du système nerveux dont l'altération conditionne ou favorise le développement des lésions de sclérose vasculaire. Il n'est pas sans intérêt de signaler que les 3 sujets chez qui la thérapeutique vitaminique donna les résultats les plus remarquables étaient des hyperglycémiques.

ROBERT CLÉMENT

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

G. Bickel. *Considérations sur le traitement du syndrome neurologique de l'anémie pernicieuse* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 11, 13 Mars 1937, p. 221-223). — Les difficultés rencontrées dans le traitement du syndrome neurologique de l'anémie pernicieuse ont conduit à admettre que ce phénomène n'est pas simplement dû à une hypoxémie de l'axe encéphalo-médullaire. Mais en dépouillant une soixantaine de travaux consacrés aux symptômes nerveux de l'anémie de Biermer, B. s'est convaincu que dans 80 pour 100 des cas considérés comme des échecs du traitement par hépatothérapie, le malade avait été en réalité insuffisamment traité, le taux des globules rouges n'ayant guère dépassé 3 à 3,5 millions. Pour arriver à un résultat, il est donc essentiel de ne pas se contenter de résultats hématologiques incomplets, mais de recourir à une méthode énergique pour se rapprocher du taux normal des globules rouges, soit 4,5 ou 5 millions.

La thérapeutique la plus efficace est l'hépatothérapie par injections intramusculaires à doses correspondant à 1 kilogr. de foie en ingestions quotidiennes. Ces doses doivent être continuées encore quelque temps, une fois que l'hémogramme est redevenu normal. L'objectif est, en effet, de compléter les réserves de l'organisme et spécialment les réserves hépatiques en principe antianémique. Si le retour du nombre des globules rouges à un chiffre normal s'accompagne d'un abaissement de la valeur globulaire au-dessous de l'unité, on doit admettre l'existence d'une carence de fer et alors l'hépatothérapie devrait s'accompagner d'un traitement par le fer à forte dose.

Enfin, si ces deux méthodes ne donnent pas les résultats escomptés, il faudra songer à une carence de vitamine B_1 et faire un traitement approprié. B. a ainsi obtenu dans un cas un résultat excellent.

Le traitement ainsi conçu se traduit par arrêt rapide et définitif des centres nerveux. Les symptômes récents disparaissent en quelques semaines alors que les symptômes anciens ne régressent que lentement et dans la mesure où ils ne sont pas dus à la destruction définitive des tissus nerveux.

P.-E. MORHARDT.

Emma Kessler. *Sprue indigène familiale* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 13, 27 Mars 1937, p. 269-271). — K. observe depuis 1930 deux cas de sprue indigène associée à l'anémie pernicieuse. La première de ces observations concerne une femme de 56 ans qui a eu 6 enfants, dont un est l'objet de la seconde observation. Elle a présenté de la tétanie pendant plusieurs années et on a constaté, en 1930, l'existence d'une anémie pernicieuse. Poids, 27 kilogr. 700; hémoglobine, 85 pour 100; érythrocytes, 1,66 million; index leucocytaire, 2,6. Une thérapeutique énergique à base d'extrait de foie améliore les choses. Néanmoins, des symptômes de sprue apparaissent: 2 ou 3 fois par jour, selles liquides acides, riches en fibres musculaires et en aiguilles d'acide gras; ou dose 300 milligr. pour 100 gr. de graisses totales.

Le fils de cette femme âgé de 28 ans présente de la stéatorrhée, de la tétanie et des symptômes funiculaires. Poids, 38 kilogr; hémoglobine, 45 pour 100; érythrocytes 1,72 million ; 1 à 3 ou 5 fois par jour, selles volumineuses, grises avec graisse neutre, fibres musculaires nombreuses. L'hépatothérapie ne donne pas de résultats, car le malade fait en même temps une tuberculose progressive dont il meurt. A l'autopsie, on constate une atrophie des glandes endocrines et surtout du pancréas.

L'existence de cas de ce genre proviendrait de ce que, dans la sprue indigène, il y a disposition constitutionnelle.

P.-E. MORHARDT.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

C. Levaditi, Mlle R. Schoen et **L. Reinié.** ***Virus rabique et cellules néopasiques*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. 58, n° 4, Avril 1937, p. 353-376). — Des expériences sur le lapin ont montré que le virus rabique des rues offre une affinité élective pour les cellules néoplasiques du carcinome de Pearce. Il s'y développe et engendre des corps de Négri à la condition que ces cellules pullulent dans la chambre antérieure de l'œil du lapin. Neuf fois successivement, la rage a pu être conférée par simple greffe de tumeur de Pearce dans la chambre antérieure de l'œil du lapin. Ces transmissions ont été interrompues volontairement.

Le virus rabique des rues ne présente pas une affinité exclusive pour les neurones et les épithéliomes cornéens; des éléments néoformatifs ont la même faculté que ces systèmes tissulaires de permettre l'éclosion de la phase visible du cycle évolutif du virus rabique des rues. Cela tient probablement à ce que les éléments néoplasiques étant à l'état embryonnaire, renferment, en potentiel, certaines des propriétés fondamentales des cellules hautement différenciées telles que les neurones et les épithéliomes cornéens.

Le virus rabique fixe se comporte différemment du virus de la rage des rues à ce point de vue. Il se fixe mal sur les cellules tumorales, le pouvoir de transmettre la rage de celle-ci s'éteint rapidement.

Robert Clément.

L. Rubentschik et **S. S. Chait** (Odessa). ***Etude sur la vitalité des microbes*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. 58, n° 4, Avril 1937, p. 446-457). — La boue noire du lac salé « Soukhoïn », conservée pendant 33 ans dans des conditions strictement anaérobies, a été soumise à une étude microbiologique. 10 gr. de boue et 10 cmc d'eau du lac avaient été placés dans des tubes de 30 cmc environ, répartis en deux groupes de 25. Les premiers, remplis à la pompe d'acide carbonique jusqu'à ce que l'air en fût complètement chassé, furent soudés; les seconds furent traités de même, mais avec de l'hydrogène au lieu d'acide carbonique. Ces tubes furent conservés au laboratoire à la température de la chambre.

On a trouvé dans 1 gr. de boue ensemencé sur gélose à la viande peptonée, de 300 à 400.000 bactéries dans des conditions aérobies et de 64 à 74.000 dans des conditions anaérobies. 6, 2 à 13.3 pour 100 des bactéries développées sur ce milieu dans des conditions aérobies, se sont conservées dans la boue sous forme de spores. Certaines observations permettent de supposer que, à côté des spores et des cellules végétatives, une partie des bactéries s'est conservée dans la boue, sous forme de « fragments » ou de « débris ».

A l'examen microscopique direct, on a décélé 38 à 40 millions de microbes dans 1 gr. de boue.

Les bactéries de la nitrification, les thiobactéries et sulfobactéries ne se sont pas conservées dans la boue.

La survie des microbes fut égale dans l'atmosphère d'acide carbonique et dans l'atmosphère d'hydrogène.

Robert Clément.

LE BULLETIN MÉDICAL (Paris)

A. Rubens-Duval et **P. Barbier.** ***Les troubles du métabolisme glucidique au cours de l'urémie*** (*Le Bulletin médical*, t. 51, n° 18, 1er Mai 1937, p. 291-294). — Au cours de la néphrite chronique hypertensive, l'hyperglycémie est fréquente, mais inconstante et variable. L'hyperglycémie n'est proportionnelle ni à l'hypertension, ni à l'élévation de la constante d'Ambard, ni à l'azotémie. Au cours des néphrites aiguës et des hépatonéphrites, le taux du sucre sanguin est très variable.

En réalisant des hyperazotémies expérimentales chez l'animal et en multipliant les méthodes d'exploration chez les malades, on a tenté de préciser le métabolisme glucidique au cours de l'urémie.

Les troubles du métabolisme du sucre sont constants au cours de l'urémie. Conséquence indirecte de l'imperméabilité rénale, ils paraissent traduire les diverses phases de la réaction de l'organisme à l'égard de l'intoxication azotée.

Dans une période initiale, on observe une hyperglycémie importante entretenue par la conservation des réserves glycogéniques avec augmentation moyenne du sucre protéidique : elle semble correspondre à la phase de tolérance de l'intoxication. La seconde période terminale est caractérisée par la disparition des réserves glycogéniques, par le retour de la glycémie au taux habituel, avec parfois tendance à l'hypoglycémie, par l'augmentation importante du sucre protéidique, qui semble assurer à lui seul la recharge glycémique. C'est la phase d'urémie confirmée rapidement mortelle.

Le foie et ses réserves glycogéniques prennent une part fondamentale dans les modifications du métabolisme glucidique, qu'il est impossible d'interpréter sans tenir compte de l'étape hépatique.

L'hyperglycémie initiale semble traduire l'activité de la fonction antitoxique du foie, alors que l'augmentation du sucre protéidique témoigne de l'incapacité réactionnelle de l'organisme.

L'administration de solution glucosée pour reconstituer les réserves sucrées et l'opothérapie hépatique sont la conséquence thérapeutique de cette étude.

Robert Clément.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (Paris)

M. Lévy-Deker. ***Un nouveau traitement des abcès du poumon: drainage à la sonde souple à double courant*** (*Bulletin général de Thérapeutique*, t. 187, n° 10, 1936, p. 480-486). — Après anesthésie des voies aériennes à la cocaïne, on introduit par voie nasale une sonde double formée de 2 sondes mères, en gomme, assez fines, accolées sur toute leur longueur en canon de fusil et réunies dans la même enveloppe de gomme. A leur extrémité les deux sondes sont coupées obliquement, de façon à former par leur accolement une extrémité effilée, triangulaire en tête de vipère. A l'autre extrémité, les deux sondes sont séparées et continuées par un tube de caoutchouc qui permet de les adapter à un appareil aspirateur ou injecteur. Les sondes sont opaques aux rayons X sur toute leur longueur.

Après introduction, on relie l'extrémité d'une sonde à un aspirateur donnant une dépression de 20 à 30 cmc d'eau. Les sécrétions aspirées peuvent être recueillies sous le contrôle radioscopique au niveau des lésions pour analyse. Lorsque l'aspiration est difficile, il faut faire un lavage bronchique en injectant par une sonde 20 cmc de sérum physiologique que l'on aspire au fur et à mesure par l'autre sonde. On fait ainsi passer 60 à 200 gr. de sérum tiède. Après le lavage, on peut injecter un liquide antiseptique.

L'aspiration permet le drainage à sec des sécrétions pulmonaires. Elle permet la division des crachats dans la tuberculose.

Le lavage bronchique est la méthode de choix dans les dilatations bronchiques et les abcès pulmonaires.

Certains malades aux muqueuses congestives sont difficilement anesthésiés par des solutions faibles de cocaïne. Quand l'épiglotte est petite, l'introduction de la sonde dans le larynx est difficile et doit être faite sous le contrôle du miroir avec une pince laryngée.

Cette méthode présente sur la bronchoscopie des avantages, en particulier son innocuité et son champ d'action beaucoup plus étendu.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

Ch. Aubertin, Robert-Lévy et **P. Cacault.** ***La dissociation auriculo-ventriculaire au cours de la maladie rhumatismale*** (*Paris-Médical*, t. 27, n° 18, 1er Mai 1937, p. 380-384). — Chez deux jeunes filles de 21 et 22 ans, ayant présenté déjà deux atteintes cardiaques et articulaires de la maladie de Bouillaud et gardant des lésions valvulaires mitro-aortiques, on a assisté au cours d'une nouvelle poussée rhumatismale, sévère chez l'une, fruste chez l'autre, à la constitution d'un blocage auriculo-ventriculaire partiel, intermittent, avec retour rapide au rythme sinusal physiologique.

Le virus de Bouillaud a une particulière prédilection pour le système de conduction auriculo-ventriculaire. Toutes les variétés, tous les degrés du blocage auriculo-ventriculaire peuvent se rencontrer. Les dissociations partielles intermittentes peuvent se présenter sous différents aspects: pause ventriculaire ou type périodique de Wenckebach-Luciani. On peut aussi avoir des dissociations incomplètes et des dissociations complètes.

La dissociation rhumatismale est éminemment instable. La période de blocage est relativement brève et le trouble est fugace; le pronostic en est donc bénin. Il ne faut cependant pas méconnaître la possibilité d'accidents syncopaux liés au blocage et faire quelques réserves sur l'éventualité de l'apparition ultérieure d'une dissociation permanente.

On risque de méconnaître la dissociation rhumatismale si l'on n'a pas recours aux électro-cardiogrammes recueillis en série.

Les constatations anatomo-pathologiques sont peu nombreuses et contradictoires. Si, dans certains cas, on a retrouvé des lésions nodulaires d'Aschoff, d'autres fois, il n'y avait que des altérations inflammatoires banales, ou même l'intégrité histologique.

Sans doute, il ne s'agit pas d'atteinte lésionnelle définitive, mais plutôt d'une altération discrète qui se répare rapidement et complètement, ou d'un



trouble fonctionnel lié à une imprégnation toxinique passagère par le virus rhumatismal.

ROBERT CLÉMENT.

Ch. Dopter. ***La pathogénie de la méningite cérébrospinale. Ses inconnues*** (*Paris-Médical*, t. 27, n° 22, 29 Mai 1937, p. 469-476). — La pathogénie de la méningite cérébro-spinale comporte encore de nombreuses inconnues. Un seul fait est acquis, c'est la pénétration du méningocoque au niveau du rhino-pharynx et la production d'une rhino-pharyngite spécifique, point de départ de l'affection méningée.

Sur la voie que prend ultérieurement le germe pour infecter les espaces sous-arachnoïdiens, les avis restent partagés. La propagation directe, sans passer par la grande circulation, vient d'être étayée par de nouvelles expériences. L'origine hématogène aura toujours ses partisans. Il est permis de se demander si toutes les atteintes méningées relèvent d'une seule et même pathogénie. Il est possible que le mode d'éclosion de la méningite cérébro-spinale ne soit pas univoque pour toutes les formes cliniques observées.

De futures recherches expérimentales, à l'aide de cultures de méningocoques virulents, injectées soit par la voie veineuse, soit par la voie nasale, les examens anatomo-pathologiques de la muqueuse pituitaire, des gaines périneurales des filets des nerfs olfactifs, des vaisseaux et des lymphatiques de la région, la recherche microscopique du méningocoque, etc..., permettront peut-être de préciser le mécanisme de pénétration du méningocoque jusqu'aux méninges.

ROBERT CLÉMENT.

G. Piotrowski (Genève). ***Traitement du zona par les extraits hypophysaires*** (*Paris-Médical*, t. 27, n° 22, 29 Mai 1937, p. 482-484). — Treize cas de zona ont été traités par des injections de 10 unités d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, deux fois par jour pendant 2 à 4 jours.

Comme il est impossible de prévoir le caractère et la durée d'un zona, on a réparti en deux groupes ceux qui ont été traités dès le début et ceux chez qui ce traitement n'a été employé qu'après insuccès de diverses médications. Le premier groupe comprend 10 sujets: Un homme de 68 ans présentait, au niveau d'un zona, depuis quatre jours, des douleurs extrêmement violentes, supprimées par deux injections par jour pendant quatre jours d'extrait hypophysaire. 20 jours après le début, reprise des douleurs qui cèdent à 4 nouvelles injections. Chez un homme de 58 ans, soulagement rapide par 2 injections d'extrait hypophysaire, rechute au quatrième jour, une nouvelle injection produit une sédation après 18 heures de douleurs intolérables, il reste une sensation d'engourdissement. Un troisième sujet de 60 ans, soulagé par 2 piqûres, présente une rechute au quatrième jour, calmée par 1 injection; deuxième rechute au 21e jour qui résiste à 2 injections. Une injection de gluconate de calcium intra-veineux produit une amélioration. Les 7 autres sujets ont évolué sans incident; il est difficile de démontrer l'utilité des extraits hypophysaires chez ces malades.

Chez les 3 sujets dont le zona datait déjà de plusieurs jours et qui avaient résisté à diverses thérapeutiques, les injections d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse ont eu une action analgésique et une action sur l'évolution qui ne paraît pas douteuse.

L'extrait de lobe antérieur paraît beaucoup moins actif.

Le mécanisme d'action est encore imprécis, il est possible qu'il s'agisse d'un choc, mais un autre mécanisme entre en jeu.

Cette médication est à essayer dans le traitement des algies souvent interminables du zona.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE

(Paris)

P. Jacob et **J. Piton.** ***Les pleurésies intarissables dans la pratique du pneumothorax artificiel et les pleurésies intarissables spontanées*** (*Revue médicale française*, t. 18, n° 14, Avril 1937, p. 305-321). — J. et P. passent en revue les diverses éventualités que présentent les épanchements pleuraux au cours et après le pneumothorax artificiel.

Les liquides pleuraux au cours du pneumothorax passent presque toujours par un stade séro-fibrineux clair, mais le liquide, quand l'épanchement tarde à se résorber, tend à devenir purulent. Au cours d'une évolution toujours très lente, les pleurésies purulentes tuberculeuses du pneumothorax peuvent subir des transformations nombreuses: elles peuvent devenir chyliformes, laiteuses, certaines même reprennent l'aspect du liquide clair, sans cesser d'être intarissables. La transformation hémorragique n'est pas exceptionnelle. Il peut y avoir surinfection de la plèvre par des pyocoques et même des anaérobies. On peut voir survenir une perforation pleuro-pulmonaire, un empyème, etc...

Il existe des pleurésies tuberculeuses chroniques spontanées qui passent par les mêmes stades et ont une évolution analogue. Les pleurésies à cholestérine sont le type le plus achevé de ces pleurésies chroniques.

On est presque toujours conduit à évacuer ces épanchements, mais on peut se demander si on doit indéfiniment renouveler ces ponctions. Si l'épanchement reste séreux, surtout s'il est enkysté et n'occupe qu'une cavité pleurale réduite par symphyse, il arrive un moment où l'abstention paraît préférable aux interventions répétées.

Il ne faut pas ouvrir les pleurésies purulentes tuberculeuses, leur traitement régulier est la ponction répétée.

Dans les pleurésies tuberculeuses graves et infectantes, on a conseillé des injections d'huile goménolée ou de grands lavages pleuraux. Lorsqu'il y a perforation pulmonaire, il faut drainer chirurgicalement la plèvre.

ROBERT CLÉMENT.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

B. Dahl. ***Un cas de mort après emploi d'extraits de pollen (helisen) dans le traitement de l'asthme bronchique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 16, n° 14, 3 Avril 1937, p. 491-494). — L'observation de D. concerne un garçon de 11 ans atteint d'asthme et chez qui on procéda, selon toutes les règles, à des injections désensibilisantes par un extrait de pollen (helisen). Après une injection intracutanée d'épreuve on poursuivit une série d'injections thérapeutiques sans incidents. La vingtième ne donna qu'une rougeur locale légère; la vingt-quatrième, qui était de 0,8 cmc d'une solution de 1 : 10, ne provoqua aucune réaction et l'injection fatale, pratiquée deux jours plus tard, fut faite avec une dose identique. Cinq à six minutes après l'injection, l'enfant fut trouvé asphyctique et cyanosé, dans l'escalier de l'habitation du médecin. Une injection de racédrine et de cardiazol ainsi que la respiration artificielle et une injection intracardiaque de coramine, restèrent sans effet.

On pratiqua l'autopsie et on trouva un gros thymus (28 gr.), un gros cœur (150 gr.), de la tuméfaction du tissu lymphatique de la racine de la langue. Les voies aériennes supérieures, bouche y compris, étaient pleines de masses spumeuses coagulées et les poumons étaient emphysémateux et gorgés de sang. Les amygdales, les ganglions lymphatiques ainsi que les plaques de Peyer, étaient fortement augmentés de volume.

Il s'agit là, évidemment, d'après D., d'une mort allergique survenue chez un sujet présentant un « status thymico-lymphaticus » typique. Les cas de mort survenus après injection d'extraits polliniques semblent être très rares puisqu'on n'en aurait jusqu'ici publié qu'un seul dans lequel on a trouvé à l'autopsie les poumons dilatés. Par contre, d'autres allergènes et notamment le sérum thérapeutique ont fréquemment donné la mort.

Il faut rapprocher ces cas des cas de mort spontanée observés dans l'asthme, qu'on attribuait primitivement à un spasme des muscles bronchiques et dans lesquels on fait intervenir actuellement le mucus visqueux sécrété par les petites bronches ainsi que l'abaissement de la pression du sang.

En ce qui concerne cette observation, il y a également lieu de noter qu'il s'agit d'un enfant prédisposé à la mort subite par son état thymico-lymphatique. Il paraît à D. nécessaire, conformément aux conseils donnés par Joltrain et Diard, d'être prudent avec les médicaments de ce genre et de placer sur le membre où se pratique l'injection un lien qui empêcherait la résorption trop rapide et qui ne devrait être relâché que progressivement par le malade lui-même.

P.-E. MORHARDT.

Harald Lotze. ***Antagonisme vitaminique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 16, n° 14, 3 Avril 1937, p. 494-496). — On sait qu'il existe entre les vitamines A et D un synergisme indispensable pour que les fonctions cellulaires se fassent normalement. Par contre, entre la vitamine A et la vitamine C, de même qu'entre la vitamine B_1 et la vitamine B_2 il existerait un antagonisme. L. a procédé à des recherches destinées à préciser l'antagonisme de l'acide ascorbique et de la vitamine A. Pour cela, il a tout d'abord ajouté à l'huile de foie de morue, source importante de vitamine A, de l'acide ascorbique dissous dans de l'alcool butylique. Cet acide fut ensuite dosé, par la méthode de Martini et Bonsignore, des temps variables après la préparation de ce mélange. On constata ainsi que le taux de l'acide ascorbique s'abaisse très rapidement. Au bout de 5 heures, on n'en retrouve plus guère que les 3/5 de la dose primitive; au bout de 10 heures, on en retrouve moins des 2/5 et au bout de 48 heures la proportion tombe au voisinage de zéro.

Par contre, la vitamine B_1 et la vitamine B_2 sont sans influence sur l'acide ascorbique dont elles ne diminuent pas le taux et, par ailleurs, elles ne protègent pas contre la vitamine A. Il en est de même pour la vitamine D. C'est donc bien la vitamine A qui est cause de la destruction de l'acide ascorbique par l'huile de foie de morue.

Il y aurait donc intérêt à rechercher s'il n'existe pas de substances qui permettent d'empêcher la destruction de l'acide ascorbique par la vitamine A. L. poursuit précisément en ce moment des investigations sur ce sujet. Il est arrivé à trouver une préparation qui lui semble douée de propriétés intéressantes à ce point de vue et sur laquelle il ne donne pas d'autres renseignements.

P.-E. MORHARDT.

P. Grumbrecht et **G. Düsterlho.** ***Recherches expérimentales sur les effets de la diiodetyrosine sur la lactation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. 16, n° 15, 10 Avril 1937, p. 513-516). — De nombreuses recherches ont montré que l'accroissement des mamelles et leur transformation en organes producteurs de lait sont des phénomènes étroitement dépendants de certaines hormones. Divers auteurs ont également constaté que les hormones de la thyroïde agissent sur la lactation d'une façon négative et que les substances antithyroïdiennes favoriseraient la sécrétion du lait. Cependant, certains expérimentateurs ont obtenu des résultats négatifs avec la diiodetyrosine.

G. et D. ont été amenés à procéder à des expériences sur le cobaye dont le temps de lactation est d'environ 30 jours. Chez les animaux traités par l'hormone thyrotrope, on a constaté une chute

rapide de la production du lait qui reprend dans une mesure, il est vrai modérée, si on cesse l'administration d'hormone. Avec la diiodetyrosine on a, en général, observé une lactation normale. Dans un tiers des cas cependant, celle-ci a diminué et dans tous les cas la production du lait a cessé plus tôt que normalement.

A des animaux préalablement traités par l'hormone thyrotrope, à dose suffisante pour provoquer un état d'hyperthyroïdisme, on a administré, après cessation de l'hormone thyrotrope, de la diiodetyrosine qui a provoqué une augmentation rapide de la sécrétion lactée et la disparition des symptômes d'hyperthyroïdie. Les phénomènes provoqués par l'hormone thyroïdienne doivent être mis en rapport avec le fait que cette hormone règle, dans une certaine mesure, les échanges de sels et d'eau qui ont des caractères très particuliers au cours de l'allaitement. La diiodetyrosine agirait par l'intermédiaire de l'hypophyse. A la longue, ce corps détermine une stase marquée de la colloïde dans la glande thyroïde, c'est-à-dire en somme, une inhibition des processus d'oxydation de l'organisme, phénomène qui doit retentir défavorablement sur l'activité des cellules de la glande mammaire.

P.-E. Morhardt.

K. Helpap. ***Critique de la ponction sternale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 16, 17 Avril 1397, p. 558-560). — L'utilisation de la ponction sternale suppose que la moelle du sternum a une composition cellulaire identique dans ses divers segments et identique également à la moelle osseuse des autres os. En réalité, il n'est pas établi que ces conditions préalables se vérifient, ce qui a amené H. à procéder à l'examen du sternum sur 32 cadavres dont 24 firent, en outre, l'objet d'un examen de la moelle des deux fémurs. Il n'y avait eu maladie du sang dans aucun de ces cas. Il fut ainsi procédé d'abord à une ponction du sternum à trois hauteurs différentes. Dans tous ces cas, il fut impossible d'aspirer un liquide rouge ou jaune rouge qui ne contenait qu'exceptionnellement de très petites particules de moelle. Les processus autolytiques qui surviennent après la mort n'ont, en effet, pas permis d'obtenir des séquestres médullaires comme on en obtient fréquemment chez les vivants. Les frottis ont montré que, dans tous les cas, il y avait des cellules dont le nombre était variable.

Après ce premier examen, les sternums furent extirpés et sciés suivant le plan sagittal. Dans 8 cas, la moelle avait un caractère particulièrement peu homogène. On trouva 6 fois des infiltrations irrégulières et jaunâtres dans une moelle généralement rouge. Dans 1 cas, il y avait infiltrations rouges dans une moelle généralement jaune, etc. Dans 1 cas, il y avait semis de métastases osseuses d'un cancer mammaire. Dans 8 cas, où la moelle n'était pas homogène, les frottis des trois provenances n'ont pas beaucoup différé. Il y a lieu, d'après H., d'admettre que les écarts ainsi constatés doivent être encore plus grands en cas de maladie du système hématopoïétique.

En comparant, dans 24 cas, l'état de la moelle sternale avec celui de la moelle fémorale, on a constaté qu'il n'y avait pas concordance et que la moelle osseuse n'est par conséquent pas un tissu homogène comme le sang, par exemeple.

P.-E. Morhardt.

T. Sahurai. ***Les effets de l'autohémothérapie sur l'agranulocytose et son mode d'action*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 16, 17 Avril 1937, p. 564-565. — L'autohémothérapie a été pratiquée par S. à la dose de 10 ou 20 cmc dans une série de cas d'agranulocytose. Chez un sujet de 24 ans, atteint de chancre induré et de blennorragie aiguë, soumis à un traitement salvarsanique et bismuthique puis à la pyrétothérapie, il apparut des symptômes de pneumonie qui amenèrent à procéder à l'autohémothérapie, thérapeutique qui fut continuée bien que la leucopénie constatée ait établi qu'il s'agissait, en réalité, d'agranulocytose. Sous l'influence de ce traitement, en effet, la guérison survint, ce qui engagea S. à recourir au même traitement dans dec cas analogues. Comme le montrent 5 autres observations, cette méthode a réussi, d'une façon générale, d'abord à faire tomber la fièvre à la première injection et à faire remonter le nombre des leucocytes granuleux. En outre, chez 7 malades présentant de la monocytose relative, l'autohémothérapie s'est également montrée efficace.

Il semble vraisemblablement à S. que l'agranulocytose constitue un état d'anaphylaxie médicamenteuse provoquée par les arsénobenzols ou par d'autres produits. Dans ces états, une substance, l'anaphylatoxine, doit apparaître dans la circulation, de sorte qu'en injectant du sang dans les tissus on fait apparaître un anticorps qui favorise les processus de guérison. S. a d'ailleurs pu isoler, chez ces malades, par précipitation ou par fixation du complément, une substance spécifique douée de pouvoir antigénique. D'autres affections, également anaphylactiques, par exemple la dermatite de la laque, guérissent également d'une façon remarquable sous l'influence de l'autohémothréapie. Il semblerait donc que cette méthode soit douée d'une activité spécifique dans les états anaphylactiques.

P.-E. Morhardt.

G. Weitzmann. ***Le diagnostic du lymphogranulome*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 17, 24 Avril 1937, p. 607-609). — A la clinique de Leipzig on a recours à une nouvelle méthode de diagnostic du lymphogranulome particulièrement utile dans les cas douteux, et fondée sur le comportement du tissu lymphogranulomateux en culture. Normalement, on constate dans les cultures de fragments de ganglions lymphatiques humains introduits dans un flacon de Carrel, qu'il se produit d'abord, au bout de 2 jours, une migration vers la périphérie, des lymphoblastes et des lymphocytes, puis, au bout de 4 jours, un vif bourgeonnement du tissu conjonctif fibrocytaire sous forme de buissons radiaires. Au fur et à mesure que la culture vieillit, les éléments cellulaires arrondis disparaissent ou se transforment en éléments fibrocytaires qui prennent la prépondérance.

En cas de lymphogranulome, la culture des tissus se présente tout autrement. On constate une transformation du tissu lymphopoïétique en tissu de granulation. Au bout de 4 à 6 jours il apparaît, dans la partie périphérique de la culture, de très grandes cellules qui doivent être considérées comme identiques aux cellules géantes de Paltauf-Sternberg. On a, d'ailleurs, pu suivre l'évolution de ces cellules tout d'abord uninucléaires, puis, ultérieurement, polynucléaires. La multiplication du noyau se fait par division directe, comme on le voit sur une des figures qui illustrent l'article, et jamais par mitose. Divers caractères montrent qu'il s'agit de dérivés de l'endothélium. Comme les cellules géantes du tissu de granulation ont pour fonction d'inclure des agents pathogènes et des substances étrangères, elles constituent un facteur important des réactions de défense. Les bourgeonnements fibrocytaires, qui partent des amas de cellules géantes, amènent à penser qu'un virus ou des corpuscules élémentaires, agents de la maladie, vivent en symbiose avec ces formations et confèrent à la maladie un double caractère de maladie infectieuse et de tumeur vraie.

Quoi qu'il en soit, les caractères de la culture du lymphogranulome sont assez nets, comme cela a été vérifié dans 120 cultures de ganglions malades pour aider au diagnostic car, dans 2.000 cultures de ganglions sains, ces caractères n'ont jamais été retrouvés.

P.-E. Morhardt.

E. Freudenberg. ***Hyperexcitabilité et tétanie normocalcique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 18, 1er Mai 1937, p. 626-628). — L'excitabilité neuromusculaire s'observe sans que le calcium du sérum soit augmenté (intoxication par la guanidine, tétanie par hyperventilation, etc.). De même, certains médicaments qui n'ont d'action ni sur le calcium du sang ni sur le rapport K/Ca peuvent soit favoriser les effets de l'hyperventilation, comme l'adrénaline, soit les inhiber comme l'atropine, la novocaïne ou l'ergotamine. L'excitabilité neuromusculaire ne saurait donc être considérée comme une simple fonction du calcium ou de l'équilibre acide-base. F. a eu l'occasion d'observer ainsi 4 cas qui confirment cette manière de voir.

Dans une première observation, il s'agit d'un enfant de 9 ans, qui a eu des convulsions à la fin de sa première année puis, de nouveau, à 7 ans. Ces crises persistent depuis lors sans être accompagnées de mictions involontaires ni de traumatismes par chute. Actuellement, le phénomène du facial et celui du péroné sont positifs. L'excitabilité galvanique est nettement augmentée; la calcification aux rayons Rœntgen est normale; le Ca du sérum atteint 12,5 milligr. et le phosphore inorganique 5,4 milligr. pour 100 gr. L'hyperventilation déclenche un spasme carpopédal. On diagnostique un état épileptoïde orthostatique vasomoteur qui guérit sous l'influence d'un repos au lit et de sédatif.

Dans un second cas, il s'agit d'un enfant de 2 ans qui présente souvent des convulsions avec des signes d'hyperexcitabilité galvanique et mécanique; calcium du sérum 11,8 milligr.; phosphore du sérum 4,24 milligr. Un régime sans sel et sans protéines animales supprime les accès qui, ultérieurement, ne reparaissent plus après reprise d'un régime mixte.

Dans un troisième cas, concernant une fillette de 8 ans, la tétanie est latente et le calcium du sang augmenté. Dans un quatrième cas, il s'agit d'une femme de 20 ans qui, à la suite d'émotions violentes, présente des accès typiques de tétanie sans que l'hyperventilation soit en cause puisque l'hyperexcitabilité persiste 24 heures après les accès.

Il faut admettre, dans ces divers cas, l'existence d'une particularité constitutionnelle qui s'exprime par une augmentation de l'excitabilité électrique et mécanique des nerfs moteurs sans que les échanges calciques ou phosphoriques soient modifiés. Dans quelques-uns de ces cas, la phosphatase du sérum a été nettement augmentée sans qu'on puisse trouver une explication de ce fait. Une intervention des glandes parathyroïdes n'est en tout cas pas à envisager.

P.-E. Morhardt.

W. Drigalski et **L. Diethlem.** ***Altérations régressives du squelette dans le gigantisme hypophysaire*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 18, 1er Mai 1937, p. 628-632). — L'accélération de la croissance osseuse qui survient en cas d'acromégalie s'accompagne parfois, mais exceptionnellement, d'anomalies régressives de certains os ou de certaines articulations. C'est là ce que Erdheim désigne sous le nom d'arthrite déformante acromégalique. Expérimentalement, on est arrivé d'ailleurs, par administration d'hormone de croissance, à provoquer des altérations dégénératives des épiphyses et des cartilages articulaires.

Dans le cas observé par D. et D., il s'agit d'un gigantisme hypophysaire dont le mécanisme pathogénique est identique à celui de l'acromégalie, mais qui survient plus précocement alors que la croissance n'est pas terminée. Il s'agit, en effet, d'un garçon de 16 ans dont le père et la grand'mère paternelle étaient de très grande taille (1 m. 87 et 1 m. 83). Lui-même mesure 1 m. 86. En 1932, il a commencé à éprouver des douleurs dans la hanche gauche dont les mouvements sont devenus difficiles, symptômes qui se sont progressivement

accentués et ont, peu à peu, gagné la hanche droite. Il présente un regard éclatant, le signe de Graefe, pas de signe d'eunuchoïdisme bien que la pilosité sexuelle soit presque complètement absente. L'examen aux rayons Rœntgen, qui a pu être renouvelée pendant plusieurs années, montre des lésions osseuses et épiphysaires de la hanche et du voisinage. A gauche, il est survenu, de ce fait, à la suite d'un traumatisme, un décollement de l'épiphyse et enfin un état extraordinairement analogue à l'ostéochondrite de la hanche.

Ces lésions de la hanche — articulation souvent atteinte en cas de troubles endocriniens — doivent être rapprochées de la *coxa plana* ainsi que de l'épiphyséolyse juvénile de la tête, affections qui appartiennent au groupe de la maladie de Perthes, de l'ostéochondrite disséquante unilatérale et bilatérale du col décrite par divers auteurs dans le crétinisme et dans la dystrophie adiposo-génitale ainsi que de l'arthropathie déformante. On constate en même temps une légère augmentation de volume des corps vertébraux, augmentation qui doit être considérée comme due à une production excessive des cartilages avec ossification irrégulière. Ces phénomènes doivent être mis en rapport avec une production exagérée de l'hormone de croissance.

Il faut admettre qu'il s'agit là d'une anomalie constitutionnelle héréditaire manifestement génotypique, associée à la grande taille des parents.

La thérapeutique consiste à recourir à l'hormone du testicule pour freiner la croissance. Les effets sur la croissance elle-même n'ont pas pu être constatés d'une façon certaine. Par contre, ils ont été nets sur les troubles régressifs du squelette. L'amélioration de la motilité a été manifeste. Il semblerait donc que cette hypersécrétion puisse être à l'origine de certaines arthropathies endocriniennes, constatation qui contribue à élucider quelque peu ces questions obscures.

P.-E. Morhardt.

G. Leiner. ***Traitement des embolies artérielles*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 18, 1er Mai 1937, p. 639-640). — L. donne d'abord l'observation d'une femme de 56 ans qui présente depuis longtemps une lésion mitrale et de la fibrillation auriculaire. A son entrée à l'hôpital, elle ressent de vives douleurs dans le pied et dans la cuisse droite; le pied est pâle et froid, l'oscillomètre ne permet de déceler aucune pulsation et les mouvements volontaires sont impossibles. On fait le diagnostic d'embolie de l'artère poplitée et on pratique une injection intraveineuse de 3 centigr. d'eupavérine. Cette injection n'a que fort peu d'effet et une demi-heure plus tard, on renouvelle l'injection, cette fois directement et très lentement dans l'artère fémorale droite. Sous cette influence, les douleurs, qui étaient extrêmement vives, cessent immédiatement et le pied reprend sa teinte normale. L'oscillomètre permet alors de déceler des pulsations et les mouvements volontaires reparaissent. Une heure plus tard, une nouvelle injection est pratiquée et alors les deux membres prennent une apparence identique. Ultérieurement, une nouvelle embolie survint et ce traitement resta sans effet, de sorte qu'il fallut amputer la jambe.

Des injections analogues ont été faites dans des cas de claudication intermittente ou d'endartérite oblitérante, avec ou sans gangrène et elles ont déterminé également une sensation de chaleur intense dans le pied, phénomène qui ne s'observe pas après les injections intraveineuses. L'oscillométrie et la microscopie des capillaires ont montré que ces injections intraartérielles sont plus efficaces que les autres. Elles font, de plus, augmenter sensiblement la pression dans la veine fémorale. Des résultats très nets ont été ainsi obtenus chez un sujet présentant de la gangrène diabétique et chez lequel l'extirpation de la thyroïde était restée sans effet. Dans deux autres cas cependant les résultats ont été nuls.

La technique de l'injection n'est pas difficile. Il n'est pas nécessaire de découvrir l'artère et il semble qu'en somme, en cas d'embolie, cette méthode donne des résultats supérieurs à l'embolectomie, à condition cependant que l'injection soit pratiquée peu après le début des accidents. Les améliorations observées sont vraisemblablement dues au fait que l'embolus est entraîné plus loin, que le spasme s'atténue et que la circulation collatérale se développe.

P.-E. Morhardt.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

H. Tesseraux. ***La clinique et la pathologie de la maladie de Cushing*** (*Endokrinologie*, t. **18**, n° 6, Mai 1937, p. 379-394). — T. donne sommairement l'observation d'une femme de 42 ans qui meurt avec les symptômes de la maladie de Cushing et à l'autopsie de laquelle on constate une rate augmentée de volume, des surrénales grosses (20 gr.), des ovaires petits à surface lisse sans corps jaunes, une hypophyse macroscopiquement normale, mais présentant sur la coupe sagittale un foyer limité de 3 × 4,5 × 5 mm. A l'examen microscopique, on constate que la thyroïde a un épithélium bas, que les ovaires sont très fibreux, que les surrénales ont une zone gloméruleuse très développée et que l'hypophyse présente un adénome basophile avec ébauches de couches concentriques, mais pas de migration basophile dans la neurohypophyse. Les corps vertébraux présentent de l'ostéoporose.

Au total, cliniquement et anatomo-pathologiquement, il s'agit d'une maladie de Cushing. Mais l'interprétation de ce syndrome par Cushing a été critiquée. On a surtout fait remarquer la difficulté qu'il y avait à distinguer ces états du syndrome génito-surrénal de Gallais. De plus, étant donné les relations qui existent entre la cortico-surrénale et l'hypophyse, Bauer a été amené à considérer cette maladie comme un interrénalisme hypophysaire secondaire. Le syndrome de la maladie de Cushing est également analogue au « diabète des femmes à barbe », au tableau clinique provoqué par les arrhénoblastomes, à la dystrophie adiposo-génitale, etc. Enfin, le problème de la maladie de Cushing s'est encore compliqué du fait qu'il en a été observé 3 cas où il existait une tumeur du thymus.

En réunissant les 50 cas suivis d'autopsie qui ont été publiés jusqu'ici, T. remarque que les surrénales n'ont pesé plus de 100 gr. que 4 fois; 3 fois, il y avait adénome de la cortico-surrénale; 3 fois, carcinome de la cortico-surrénale et une fois métastase carcinomateuse de la surrénale. En somme, la proportion des altérations des surrénales s'élèverait, dans cette affection, à environ 30 pour 100 alors que les adénomes de l'hypophyse s'observent 68 fois sur 100 et les adénomes basophiles 50 fois sur 100.

Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de relations entre les affections des surrénales et l'ostéoporose observée soit dans la maladie de Cushing, soit encore dans l'acromégalie. De même, la sécrétion lactée constatée dans l'observation de T. et notée dans une certaine proportion de cas, doit être mise en rapport avec une affection de la préhypophyse qui fabrique l'hormone de la lactation. Enfin, la signification de l'hypophyse dans le syndrome de Cushing est établie par les effets favorables obtenus dans quelques cas par irradiation de l'hypophyse. L'association de la maladie de Cushing et des tumeurs du thymus est, par contre, difficile à expliquer, étant donné que nous ignorons les fonctions de cette glande.

En somme, il faut, d'après T., conclure qu'il s'agit, dans cette maladie, d'une affection pluriglandulaire où l'hypophyse joue un rôle important. On doit cependant remarquer que cette maladie a été observée en cas d'altérations des cortico-surrénales ou de tumeur du thymus et sans que l'hypophyse présente de lésions.

P.-E. Morhardt.

BRUXELLES MÉDICAL

E. Ramel (Lausanne). ***Du réveil de la primo-infection tuberculeuse sous l'action d'une syphilis intercurrente*** (*Bruxelles-Médical*, t. **17**, n° 27, 2 Mai 1937, p. 988-1000). — R. pense que certaines syphilides cliniquement lichenoïdes, acnéiformes ou péri-pilaires, histologiquement tuberculeuses, ne peuvent s'expliquer d'une façon rationnelle que par une infection mixte syphilitique et tuberculeuse.

Il rapporte l'observation d'une femme de 39 ans qui présentait une éruption tubéro-papuleuse donnant l'impression d'infiltrats lupoïdes avec B.-W. très positif, Vernes-syphilis de 90, une réaction à la résorcine de 40, un Besredka positif et une cuti-réaction à la tuberculine phlycténulaire, dont l'apparition s'accompagna d'une recrudescence inflammatoire des lésions. La biopsie d'une lésion montra une structure tuberculeuse et la présence de tréponèmes. L'inoculation au cobaye produisit chez celui-ci une tuberculose pauci-bacillaire au point même de l'injection. Sous l'effet du traitement arséno-bismuthique, l'éruption régressa complètement dans les délais usuels des éruptions syphilitiques secondaires.

Les recherches ont porté sur 40 cas de syphilis secondaire observés chez des adultes des deux sexes, dont un seul présentait des signes de tuberculose clinique, une était suspecte de tuberculose en raison d'une annexite chronique et deux avaient des pleurésies sèches ou exsudatives. 8 fois l'inoculation du sédiment urinaire a tuberculisé le cobaye, 31 fois elle fut négative. L'inoculation d'un fragment biopsique donna deux résultats positifs directs et un indirect sur 11 cas.

Aucune hémoculture sur Lœwenstein ne fut positive (8 fois). 3 inoculations de sang furent positives.

Si l'on admet avec R. que ces recherches témoignent du réveil d'une primo-infection tuberculeuse, celle-ci aurait été constatée 13 fois, c'est-à-dire dans une proportion de 33 pour 100, chez 40 syphilitiques primo-secondaires, porteurs d'éruptions diverses, les unes cliniquement et histologiquement tuberculeuses, les autres banales.

Robert Clément.

X. Muller (Metz). ***Contribution à l'étude de la lithiase post-traumatique*** (*Bruxelles-Médical*, t. **17**, n° 30, 23 Mai 1937, p. 1087-1090). — Un homme de 24 ans ayant eu un accident d'automobile avec fracture du bassin et luxation de la hanche droite fut longtemps immobilisé et subit plusieurs interventions. 9 mois plus tard, il eut des douleurs lombaires, puis une hématurie et finit par expulser deux petits calculs de la grosseur d'un pois.

Chez un autre sujet de 34 ans ayant présenté une déchirure du périnée et de l'urètre à la suite d'un accident de mine, on constata un an plus tard des signes de cystite, des douleurs rénales: un calcul rénal avec un début de pyonéphrose.

Un mois après une contusion dorso-lombaire, avec fracture du col du fémur, survint, chez un troisième sujet, une violente douleur lombaire, des troubles de la miction. L'examen radiologique montre 2 calculs dans le bassinet droit.

C'est 6 semaines après une fracture du bassin et des contusions lombaires que le quatrième malade présenta des coliques néphrétiques. Le calcul du bassinet gauche fut expulsé spontanément.

Le cinquième cas se rapporte à un homme de 56 ans chez qui l'on trouva, 29 ans après une fracture du bassin, avec section de l'urètre périnéal, une énorme hydronéphrose calculeuse.

De ces faits, M. conclut qu'il y a une relation dans certains cas entre le traumatisme et la lithiase rénale.

Le mécanisme pathogénique de la formation des calculs étant différent suivant les cas : direct dans certaines circonstances rares, infectieux le plus souvent.

Robert Clément.

ORVOSI HETILAP
(Budapest)

I. Molnar. ***La vitaminothérapie B dans les maladies nerveuses*** (*Orvosi Hetilap*, t. 81, n° 14, 3 Avril 1937, p. 381-384). — On ne connaît que depuis peu l'effet favorable des préparations de vitamine B sur les maladies nerveuses.

Dans ses expériences, H. a examiné, au point de vue de ce traitement, différentes affections : les polynévrites, les névralgies, le zona, les radiculites et les myélonévraxites. Il a observé qu'avec la thérapeutique par la vitamine B on peut obtenir une action curative partielle ou complète dans ces maladies où les diverses médications se sont jusqu'ici montrées insuffisantes et même inutiles. Ainsi, H. la conseille-t-il dans ces maladies d'autant qu'elle est sans inconvénients.

Les doses habituelles sont de 400 unités internationales faites 6 à 15 fois, à deux jours d'intervalle.

H. estime que, quoique l'effet de ce traitement soit vraiment efficace, l'avitaminose ne doit pas être considérée comme la cause principale des maladies traitées. Mais la carence en vitamine B provoque une disposition favorable pour les agents nocifs et facilite leur action pathogène.

A. Blazso.

IL POLICLINICO [Sezione pratica]
(Rome)

C. Frugoni et **B. de Vecchi.** ***Nouvelles observations sur un cas de tétanie chronique de l'adulte traité par des greffes répétées*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. 44, n° 9, 1er Mars 1937, p. 413-424). — La première partie de cette observation a été publiée dans *La Presse Médicale* du 20 Mars 1926 par Frugoni, Scimone et Comolli; dans le présent travail, F. et de V. publient les résultats éloignés. Il s'agissait d'un jeune homme présentant depuis l'âge de 16 ans des crises de tétanie; il était dans un état alarmant, avec des crises subintrantes quand il fut opéré à 21 ans; une parathyroïde prélevée sur une jeune fille de 18 ans au cours d'une intervention pour goitre lui fut greffée dans la vaginale suivant la technique de Voronoff; les crises disparurent rapidement, la calcémie redevint normale et il ne persista plus qu'un signe de Chvostek atténué; lorsque l'observation fut publiée dans *La Presse Médicale*, la guérison persistait depuis 6 mois; mais 2 mois plus tard, une rechute grave survint; une deuxième greffe, également homomorphe échoua, sans doute parce que le fragment pris pour une parathyroïde n'en était pas une; une troisième greffe fut alors pratiquée, également dans la vaginale, avec l'appareil thyro-parathyroïdien d'un cynocéphale et la guérison se maintint pendant 8 ans; une tuberculose pulmonaire se déclara alors et le malade mourut au cours d'une crise de tétanie extrêmement violente.

A l'autopsie, on trouva en situation normale trois parathyroïdes histologiquement saines; la cause de la tétanie du malade reste donc mystérieuse; on ne peut que signaler que le corps thyroïde était goitreux et l'hypophyse kystique surtout dans la *pars intermedia*. Au niveau de la vaginale, on a retrouvé un nodule fibreux bien vascularisé présentant en quelques points des colonnes de cellules épithéliales ayant tous les caractères des cellules parathyroïdiennes; il est difficile de dire histologiquement si cette greffe est celle de la parathyroïde de l'homme ou du singe, mais d'après la situation du greffon, il semble s'agir indiscutablement de la greffe humaine.

Lucien Rouquès.

G. Pieri. ***Possibilité de traiter chirurgicalement le pneumothorax insatiable*** (*Il Policlinico, sez. pratica*, t. 44, n° 10, 8 Mars 1937, p. 457-465). — Burnand a décrit sous le nom de pneumothorax insatiable une modalité assez rare du pneumothorax thérapeutique dans laquelle malgré des injections abondantes de gaz en pression négative, on n'arrive pas à obtenir le collapsus pulmonaire; après de nombreuses insufflations, la plèvre ayant fini par perdre son excessive perméabilité du fait de l'irritation, le collapsus pourrait être obtenu. Lucacer a pensé qu'il s'agissait d'un trouble de l'innervation pulmonaire, d'une prévalence du tonus vagal et a obtenu des résultats thérapeutiques en administrant des substances paralysantes du vague. P. a pratiqué dans 2 cas l'alcoolisation du pneumogastrique droit au-dessous de la naissance du nerf laryngé inférieur, après découverte du nerf par une incision faite sous anesthésie locale; dans l'un, les résultats ont été évidents, rapides et durables; les suites éloignées de l'autre sont mal précisées. Il restera à déterminer combien de temps persiste le blocage du nerf produit par l'alcoolisation et si la sclérose cicatricielle du nerf, conséquence inévitable de son alcoolisation, ne laisse pas des troubles fonctionnels persistants.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

A. Tarsitano. ***Action des lipides par voie intraveineuse sur l'écoulement de la bile dans le duodénum*** (*La Riforma medica*, t. 52, n° 47, 21 Novembre 1936, p. 1579-1582). — Si l'on fait un tubage duodénal et qu'après évacuation du liquide contenu dans le duodénum, on injecte dans les veines une préparation commerciale de lipides extraits du jaune d'œuf et contenant surtout de la cholestérine et de la lécithine dans le rapport de 1 à 3 environ (la teneur de la préparation en lipides n'est pas indiquée), on observe qu'au bout de 10 à 25 minutes se produit un écoulement de bile dont les fractions ont tous les caractères des biles A, B et C. Ayant fait chez des sujets sains ou atteints de maladies du foie (cholécystite, paludisme, syphilis, cancer), un tubage avec injection de lipides et un tubage avec instillation duodénale de sulfate de magnésie, T. a constaté que la première méthode donnait une bile plus abondante et plus riche en pigments que la seconde; elle a l'avantage d'éviter l'action congestive du sulfate de magnésie sur la muqueuse duodénale qui peut provoquer une entérorragie lorsque le tubage a été fait chez un sujet ayant un ulcus duodénal simulant une cholécystite; elle donne également une bile pure, non mélangée avec du sulfate de magnésie. T. estime que le mécanisme par lequel les lipides injectés dans les veines font excréter la bile n'est pas clairement élucidé; il émet l'hypothèse d'une exaltation de la fonction cholérétique des cellules hépatiques entraînant secondairement une action cholékynétique pour évacuer l'excès de bile produite.

Lucien Rouquès.

C. Amatucci Mallardo et **P. Cotrufo.** ***Les moyens de réactiver la malaria latente*** (*La Riforma medica*, t. 52, n° 49, 5 Décembre 1936, p. 1651-1654). — La réactivation du paludisme latent a un intérêt pour le traitement comme pour le diagnostic, les parasites passant dans le sang par le stade de mérozoïte où ils sont plus vulnérables qu'à celui de sporozoïte auquel ils restent dans les organes. Parmi les moyens physiques de réactivation (bains de vapeur et de soleil, irradiation de la rate, etc.), aucun ne donne un pourcentage de succès suffisant ; parmi les moyens chimiques, la préférence doit être donnée sans discussion à l'injection de tuberculine préconisée par Bœri, certainement plus efficace que l'injection d'adrénaline. M. et C. ont essayé la méthode de Bœri chez 34 sujets suspects de paludisme, soit par leurs antécédents, soit par la constatation d'une grosse rate; dans 20 cas, l'injection de vieille tuberculine de Koch a déclenché une réaction fébrile avec présence d'hématozoaires dans le sang; chez 2 des malades, il a suffi d'injecter 1/4 de milligr. de tuberculine; chez 16, il a fallu 1/2 milligr. et chez 2, 1 milligr. Des 14 sujets qui n'ont pas réagi à l'injection de 1 milligr. de tuberculine, dose qui n'a pas été dépassée, 10 ont subi une ponction splénique, pratique considérée comme inoffensive à la clinique de Naples ; dans 3 cas seulement, des hématozoaires ont été trouvés dans le suc splénique, ce qui confirme la valeur de la méthode de Bœri.

Lucien Rouquès.

G. Santoianni. ***Premiers résultats de recherches « in vivo » sur la cytologie de la moelle osseuse au cours de quelques dermatoses*** (*La Riforma medica*, t. 52, n° 51, 19 Décembre 1936, p. 1727-1731). — Dans le mycosis fongoïde, la ponction du sternum montre que la moelle osseuse a conservé ses fonctions leuco- et érythro-poïétiques et qu'elle a une nette suractivité hémohistioblastique; dans un cas, cette suractivité portait surtout sur les éléments éosinophiles, dans les 3 autres sur les éléments plasmacellulaires; dans 3 des cas, on notait la présence de cellules du type lymphocytique et monocytique, dérivant des hémohistioblastes avec des formes de passage. Ces résultats, confirmés par la formule sanguine et la structure des tumeurs, permettent de considérer le mycosis fongoïde comme une réticulo-endothéliose. Dans un cas de maladie de Duhring, la ponction sternale a donné des résultats normaux. Dans un cas de pemphigus vulgaire, la moelle osseuse contenait une quantité anormale de polynucléaires éosinophiles mûrs et un nombre considérable d'éléments histioblastiques à granulations éosinophiles, ce qui donne à penser que les éosinophiles ont dans le pemphigus vulgaire une origine histioïde. Dans un cas d'érythrodermie psoriasique, S. a trouvé une augmentation assez nette des éléments myéloïdes éosinophiles de la moelle correspondant à l'éosinophilie sanguine. Dans un cas de dermatite eczématiforme d'origine dysovarienne, il y avait un nombre notable d'éléments plasmatiques et dans un cas de lichénification géante, une grande quantité de cellules histioïdes alors que l'activité médullaire globale était diminuée. On peut conclure de ces premières recherches que le tissu médullaire participe presque constamment au processus des dermatoses.

Lucien Rouquès.

P. Moretti. ***La thérapeutique glucosée dans l'empoisonnement par les champignons*** (*La Riforma medica*, t. 53, n° 1, 2 Janvier 1937, p. 9-14). — M. a essayé dans l'intoxication par l'amanite phalloïde la thérapeutique par le glucose indiquée par les recherches expérimentales de Binet et Marek. Cinq personnes avaient mangé des champignons; un enfant de 9 ans mourut à la 72e heure de collapsus avant d'être traité; dans les 4 autres cas (sujets de 28, 41, 35 et 13 ans), après une incubation de 18 à 26 heures, de violentes douleurs abdominales survinrent avec diarrhée profuse, vomissements incessants, vertiges et prostration; les malades n'arrivèrent à l'hôpital que le 3e jour et leur état n'était pas très grave; leur glycémie était de 0 gr. 56, 0 gr. 39, 0 gr. 42, 0 gr. 42; le traitement fut le suivant: 4 injections de camphre, 2 injections intraveineuses de 30 cmc de glucose à 20 pour 100, 1 litre de sérum glucosé

isotonique par voie rectale, 100 gr. de sirop de sucre par la bouche, dans les 24 heures; l'amélioration fut rapide et en 4 jours la glycémie était devenue normale. Malgré l'importance de l'hypoglycémie, les malades n'ont présenté aucun des signes nerveux et des convulsions en particulier qui caractérisent les crises d'hypoglycémie; il n'est donc pas certain que l'hypoglycémie soit l'élément causal essentiel de l'intoxication par les amanites.

LUCIEN ROUQUÈS.

S. Imperio. ***Critères de l'indication de l'émétine dans les abcès du poumon*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 2, 9 Janvier 1937, p. 43-47). — L'émétine a, dans certains abcès pulmonaires, une action quasi-spécifique ; I. rapporte 3 observations de ce genre dans lesquelles l'origine amibienne de l'abcès n'est rien moins que prouvée, un seul des malades ayant présenté des troubles entéro-coliques et cela 7 ans auparavant. D'après I., les abcès sensibles à l'émétine auraient une allure clinique spéciale; avant la vomique, ils se traduisent radiologiquement par une image en boule souvent localisée à la base droite; après l'ouverture de la collection dans les bronches, ces abcès donnent lieu à une expectoration caractéristique, non fétide, qui se divise en deux couches, une supérieure liquide, transparente, de couleur rouge framboise, une inférieure formée de fragments muco-purulents de couleur chair; le tout ressemblant à de la viande broyée et lavée; sous réserve de confirmation, on peut ajouter à ces caractères la présence d'éosinophiles dans les crachats.

LUCIEN ROUQUÈS.

F. Romeo. ***Comportement de l'équilibre protéique et de la pression osmotique du sérum sanguin dans la pneumonie*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 2, 9 Janvier 1937, p. 47-54). — D'une étude portant sur 12 cas de pneumonie, R. conclut qu'à la période d'acmé, la protéinémie sérique totale est variable avec cependant, par rapport à la valeur observée à la phase de défervescence, une tendance à la diminution dans les cas très graves et à l'augmentation dans les autres; la sérine est presque toujours abaissée au moment de l'acmé et tend à augmenter après la crise, sauf dans quelques cas très graves; la globuline est augmentée et le rapport sérine-globuline tend à l'inversion au cours de la période d'état; sa valeur redevient rapidement normale, sauf parfois dans les cas graves où l'augmentation peut persister après la défervescence. La pression osmotique est toujours diminuée à la période d'acmé et redevient normale à la convalescence; elle est plus basse que ne comporterait la protéinémie totale et est en rapport plus exact avec le taux de la sérine. Toutes les modifications des protéines et de la pression osmotique sont surtout accusées chez les sujets âgés et alcooliques et ont dans l'ensemble un rapport direct avec l'extension et la gravité de l'affection. Elles sont produites par le processus toxi-infectieux : augmentation du métabolisme des substances azotées, altération des organes qui règlent le métabolisme des protides, altération d'autres constantes hématiques et probablement action directe.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Argenziano. ***La folliculino-thérapie des vulvo-vaginites gonococciques infantiles*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 4, 23 Janvier 1937, p. 119-123). — A la suite de Lewis, certains auteurs ont soutenu que l'on pouvait guérir les vulvo-vaginites gonococciques de l'enfance par la folliculine à l'exclusion de tout traitement local associé. A. a traité 8 cas de vulvo-vaginite par la folliculine donnée par la bouche (500 à 2.000 unités par jour), 6 cas par les injections de folliculine (250 à 1.000 unités) et 6 cas en associant la folliculine à un traitement local. La folliculine seule paraît peu efficace; dans un seul cas, la guérison a été définitive; dans 9, la rechute a été rapide; dans 4, les gonocoques n'ont jamais disparu. Associée au traitement local, la folliculine peut favoriser la guérison (4 guérisons et 2 rechutes). Dans 15 des 20 cas, la folliculine a été bien supportée; dans les 5 autres, on a noté des troubles légers et transitoires: douleurs dans le bas-ventre, gonflement et douleurs des seins.

LUCIEN ROUQUÈS.

R. Locascio. ***Le signe d'Amato pour le diagnostic des épanchements pleuraux*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 5, 30 Janvier 1937, p. 151-157). — La percussion des apophyses épineuses donne normalement de la matité jusqu'à la 5e cervicale, du tympanisme au niveau de la 6e et de la 7e cervicale par suite du voisinage de la trachée et de la sonorité jusqu'à la 11e dorsale par suite du voisinage du poumon. Dans les épanchements pleuraux, la sonorité dorsale est remplacée par une matité qui constitue le bord interne du triangle de Grocco; particularité sur laquelle Amato a insisté, lorsqu'on fait coucher le malade sur le côté opposé à l'épanchement, la limite supérieure de la matité spinale s'abaisse de quelques centimètres (il faut souvent attendre quelques minutes avant de constater la baisse de la matité). Amato a décrit un signe analogue au niveau de la face antérieure du thorax; sur le malade en position assise, on détermine la zone de matité cardiaque et la limite supérieure de la matité de l'épanchement; on fait coucher le malade sur le côté sain et après quelques minutes, on constate qu'une zone de matité est apparue dans l'angle formé par le bord externe de la matité cardiaque et la limite supérieure de la matité de l'épanchement et que la matité cardiaque s'est déplacée en masse de quelques centimètres vers le côté sain. L. ayant cherché le signe d'Amato dans de nombreux cas, estime que le signe postérieur est le meilleur des signes qui mettent en évidence le dénivellement du liquide dans les épanchements pleuraux; il ne manque jamais, même lorsque l'épanchement est partiel, pourvu qu'il soit en contact avec le rachis. Le signe antérieur est plus difficile à mettre en évidence, car il nécessite une percussion soigneuse; il est impossible de le rechercher lorsque l'épanchement est très important. Par des radiographies avec ou sans injection de lipiodol lourd et léger, par des ponctions exploratrices, L. a vérifié que, dans le décubitus latéral opposé à l'épanchement, le liquide occupe bien le sinus costo-médiastinal antérieur; il s'étale sur la cloison médiastinale en diminuant de hauteur; on comprend ainsi qu'il apparaisse une matité en avant et que la matité apophysaire s'abaisse.

LUCIEN ROUQUÈS.

C. A. Vesce. ***L'heure d'administration de l'insuline par rapport aux repas chez les diabétiques*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 6, 6 Février 1937, p. 187-192). — V. a étudié chez 9 diabétiques les modifications de la glycémie pendant 3 heures après un repas standard, précédé ou non de 30 et de 90 minutes par une injection de 20 unités d'insuline. Les résultats sont variables d'un malade à l'autre; en général cependant, c'est lorsque l'injection d'insuline a été faite 90 minutes avant le repas que la baisse de la glycémie est la plus importante et parfois la plus durable.

LUCIEN ROUQUÈS.

E. Scatamacchia. ***Rupture du cæcum pendant un lavage intestinal*** (*La Riforma medica*, t. **53**, n° 10, 6 Mars 1937, p. 339-342). — S. rapporte l'observation d'un homme de 45 ans, constipé habituel, qui se fit faire un lavage intestinal avec l' « enterocleaner » de Brosch, appareil qui produit une série d'instillations d'eau et d'évacuations; au cours du lavage, le sujet ressentit une sensation de malaise et une douleur abdominale assez vive; 7 heures après apparurent des signes de réaction péritonéale et le malade mourut à la 11e heure de péritonite suraiguë, l'état s'étant aggravé trop rapidement pour qu'une intervention ait été possible. L'autopsie montra une rupture irrégulière de l'ampoule cæcale et l'examen histologique ne mit en évidence aucun indice d'une altération antérieure de la paroi cæcale. L'appareil fut reconnu en parfait état de fonctionnement, aucune fausse manœuvre n'avait été commise si bien que l'eau a été introduite dans le cæcum au cours du lavage à une pression certainement inférieure à un huitième ou un dixième d'atmosphère; cette pression est absolument insuffisante pour amener la rupture d'un intestin normal; il est probable qu'une contraction de la paroi abdominale survenant en même temps que des mouvements péristaltiques intestinaux a porté brusquement la pression au delà de la résistance de la paroi cæcale, et cela d'autant plus facilement que des matières fécales extrêmement dures ont pu mettre obstacle à l'écoulement de l'eau en bouchant la lumière du cæcum.

LUCIEN ROUQUÈS.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA (Milan)

E. Monigliano (Rome). ***Recherches expérimentales comparées sur les castrations actiniques et opératoires. Modifications de l'utérus*** (*Annali di ostetricia e ginecologia*, t. **59**, n° 3, 31 Mars 1937, p. 251-290). — Les recherches expérimentales détaillées dans cet article montrent que l'involution secondaire de l'utérus après radiothérapie est beaucoup plus lente et bien moins intense que celle qui suit la castration chirurgicale. A l'inverse de ce que produit l'ovariectomie bilatérale, les phénomènes œstraux ne sont pas radicalement ni subitement interrompus par les rayons X. Après ceux-ci ils persistent pendant un temps plus ou moins long, après avoir subi des modifications dans leur rythme d'apparition.

Quant à l'action protectrice du trophisme utérin, ainsi qu'à celle déterminant les phénomènes œstraux, elles ne paraissent pas uniquement liées à la maturation des follicules de Graaf. On constate en effet leur persistance bien que les rayons X aient amené une involution générale de l'appareil folliculaire et une réduction des ovaires à l'état de glande interstitielle.

MARCEL ARNAUD.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA (Bologne)

L. Santa et **A. Cerruti.** ***A propos d'essais de transplants de muqueuse vésicale dans des muscles*** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, an. 45, n° 1, Janvier 1937). — Les séries d'expériences, effectuées sur 14 lapins, ont donné des résultats qui ne concordent pas tous avec ceux publiés dans la littérature par d'autres auteurs. Le désaccord ne paraît pas simplement résider dans l'interprétation des faits observés, mais dans les faits eux-mêmes.

S. et C. ont procédé de manière à pouvoir suivre pas à pas les transformations cellulaires amenées par les transplants pendant un temps allant de 7 à 112 jours. Tous les modes de transformation ont pu ainsi être successivement surpris depuis leur début jusqu'à leur fin.

Un seul fait se retrouve constamment à chaque expérience; c'est la néoproduction et la prolifération du tissu conjonctif qui entoure le transplant vésical. Toutes les modifications de ce tissu, que la majorité des expérimentateurs attribue à une véritable activité propre aux cellules, S. et C. les envisagent comme le résultat d'une réaction du tissu conjonctif. Quant aux transformations survenant sur les cellules épithéliales de la vessie, elles apparaissent comme une métamorphose régressive.

Somme toute, la prolifération du tissu conjonctif

tendrait à circonscrire et à éliminer les éléments étrangers, si bien que finalement on ne peut plus distinguer au sein de la masse résiduelle, fibreuse, cicatricielle, aucune des cellules du transplant vésical.

Dans 3 cas seulement il fut observé le phénomène classiquement décrit par la majorité des expérimentateurs: le conjonctif prit un aspect complètement nouveau et morphologiquement assez semblable à du tissu osseux. Cependant, ce nouveau tissu, malgré sa ressemblance au tissu osseux, n'était que fort peu calcifié.

Il est donc possible de déduire que la production de ce tissu spécial est due à une métaplasie du conjonctif immédiatement voisin du transplant vésical. Sur le rôle joué dans le mécanisme intime de cette transformation par l'épithélium vésical lui-même, il est impossible d'être affirmatif.

S. et C. admettent en conclusion que l'apport d'un fragment de muqueuse vésicale dans un muscle provoque une néoproduction conjonctive qui cherche à enkyster l'épithélium transplanté. Ce conjonctif nouveau donne habituellement un tissu fibreux; cependant, quelquefois, par un processus de métaplasie, le tissu conjonctif prend tous les caractères morphologiques d'un os incomplètement calcifié.

Marcel Arnaud.

D. Logroscino. *La maladie de Grocco-Poncet dans le cadre des polyarthrites chroniques (essai clinique)* [*Archivio Italiano di Chirurgia*, an. **45**, n° 2, Février 1937]. — C'est une fort complète étude du rhumatisme tuberculeux, basée sur des cas cliniques très étudiés que L. vient de rédiger ici. Sa lecture intégrale s'impose. Je ne résumerai que quelques faits un peu particuliers concernant le diagnostic.

Il est extrêmement difficile et parfois impossible de distinguer si la tuberculose ou la syphilis sont à l'origine de la polyarthrite chronique. Ce n'est qu'après une longue période d'observation et l'étude comparée des radiographies prises après des essais thérapeutiques, que se discerne dans ces cas douteux l'exacte étiologie de l'affection.

En cas de syphilis, les réactions biologiques du malade sont souvent négatives. En particulier s'il s'agit de syphilis héréditaire, cette négativité est de règle et il fa dra assurer le diagnostic par des réactions sanguines sur les parents et les collatéraux du malade. Il faut cependant retenir que, en règle générale, si le début du rhumatisme chronique eut lieu dans la première enfance, l'origine syphilitique est très probable.

Quant aux réactions tuberculiniques, elles n'ont pas l'absolue valeur d'une certitude. L. signale des cas où l'arthrite, indiscutablement spécifique, existait chez des sujets ou le test d'allergie tuberculeuse était positif.

Habituellement, le diagnostic radiologique permet d'être affirmatif quant à l'étiologie du rhumatisme. Il est bien rare que manque, à une époque assez proche du début des accidents articulaires, la raréfaction osseuse juxta-articulaire qui a une si grande valeur dans le diagnostic de la tuberculose. Cette étude, très documentée, abondamment pourvue de figures, se termine par une bibliographie très complète.

Marcel Arnaud.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

F. Schiappoli. *Sur l'action antitoxique des préparations hépatiques contenant le principe antianémique (recherches expérimentales et cliniques)* [*La Clinica medica italiana*, **67**e année, n° 2, Novembre 1936, p. 729-747). — Les extraits hépatiques contenant le principe antianémique n'empêchent pas l'hémolyse des hématies par les solutions hypotoniques et certains ont même une action hémolytique propre, ce qui n'a aucune importance du point de vue thérapeutique avec les doses utilisées. Sato a isolé un extrait hépatique spécial, le yakriton, qui serait une véritable hormone désintoxicante capable à hautes doses de neutraliser l'action de divers toxiques chez le lapin; avec les préparations antianémiques du commerce, S. n'a observé aucune action antitoxique analogue à celle du yakriton. Par contre, les extraits antianémiques ont chez le lapin une action antitoxique dans les intoxications endogènes aiguës qui surviennent après ligature des uretères ou du cholédoque et dans l'insuffisance hépatique aiguë qui succède à la ligature de l'artère hépatique; dans ce dernier cas, on observe parfois une survie assez longue, même lorsqu'il ne subsiste que peu de parenchyme intact et l'on doit admettre que les extraits antianémiques ont à côté de leur action antitoxique, une action stimulatrice des fonctions du foie et probablement aussi une action de substitution. L'effet antitoxique des extraits antianémiques peut se constater également chez l'homme, en particulier dans la cirrhose de Laennec.

Lucien Rouquès.

L. Cannavo. *Contribution à l'étude des syndromes hypothalamo-hypophysaires: hypercétonémie permanente dans le syndrome de Cushing* (*La Clinica medica italiana*, **68**e année, n° 1, Janvier 1937, p. 23-34). — Une jeune fille de 20 ans présente depuis l'âge de 6 ans des crises caractérisées par un malaise général, des troubles digestifs et une cétonurie intense; à 17 ans, elle a, pour la première fois, quelques menstruations peu abondantes qui ne se reproduisent plus et peu après, elle engraisse rapidement et un duvet épais apparaît sur le visage et le corps, ainsi qu'une modification du timbre vocal, de l'insomnie, des palpitations et du nervosisme. A l'examen, on constate sur la moitié inférieure de l'abdomen, qui est volumineux, des stries de couleur rouge vineux; la pression artérielle est 15,5-9,5 au Vaquez; il y a 5.250.000 globules rouges par millimètre cube, une légère hyperglycémie (1 gr. 25), une élévation du magnésium et du phosphore inorganique du sérum, une hypercétonémie (0 gr. 62 par litre) et une hypercétonurie nette; la radiographie montre une selle turcique de dimensions normales, un peu décalcifiée et des sinus frontal, sphénoïdal et maxillaires très développés. C. a pratiqué diverses recherches touchant à l'hypercétonurie et à l'hypercétonémie qui n'appartiennent pas en général à la symptomatologie du syndrome de Cushing. Si la glycémie était dans la règle un peu élevée, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée a été normale; l'hypercétonémie et l'hypercétonurie existaient avec une alimentation ordinaire; lorsque la malade avait ses malaises, l'hypercétonémie s'accroissait et il y avait une brusque augmentation de la cétonurie; un régime riche en hydrates de carbone diminua légèrement la cétonurie sans la ramener aux valeurs physiologiques et n'empêcha pas le malaise de se produire; un régime cétogène augmenta l'hypercétonurie, l'hypercétonémie et les malaises. Les injections de prolan, d'antélobine, d'adrénaline et de cortine augmentèrent la cétose, surtout l'antélobine qui provoqua une crise d'hypercétonémie; la thyroxine et surtout l'insuline eurent une action inverse. Un traitement par l'insuline (20 unités par jour et 50 gr. de glucose) pendant un mois avec un régime riche en hydrates de carbone fit disparaître les malaises; la cétonémie baissa à 0 gr. 230; il persista une cétonurie de 110 milligr. par 24 heures. C'est à une altération hypothalamo-hypophysaire que doit être rattaché le trouble du métabolisme intermédiaire des lipides.

L. Rouquès.

ARCHIVIO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE
(Bologne)

C. Manzini. *De l'existence d'une indépendance vasculo-fonctionnelle entre les deux lobes du foie* (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **5**, n° 5, Octobre 1936, p. 403-422). — Glénard et Siraud ont montré par la méthode des injections que le lobe droit et le lobe gauche du foie recevaient chacun le sang d'une des branches de la veine porte; Sérégé a soutenu que dans la veine porte existaient deux courants sanguins, l'un en provenance de la grande mésentérique destiné au lobe droit, l'autre en provenance de la petite mésentérique et de la splénique destiné au lobe gauche; l'individualité vasculaire des deux lobes a été admise par certains auteurs et niée par d'autres. M. rapporte 5 observations où il y avait une différence manifeste macroscopiquement et histologiquement dans la nature et surtout l'intensité des lésions des deux lobes. Dans les deux premiers cas, il s'agissait de stase avec dégénérescence graisseuse et nécrose centro-lobulaire; l'asymétrie s'explique facilement dans l'un d'eux par l'existence d'une péricardite fibreuse rétrécissant l'embouchure de la veine sus-hépatique gauche dans la veine cave inférieure sans modifier celle de la droite; dans l'autre, des malformations congénitales complexes avaient abouti à un résultat fonctionnel analogue. Dans les 3 derniers cas, les lésions du foie limitées presque exclusivement au lobe gauche étaient consécutives à des affections de la rate: malade ayant subi, quelques jours avant le décès, une splénectomie pour ictère hémolytique acquis, malade présentant un cancer du fond de l'estomac ayant englobé et comprimé la veine splénique, malade ayant une tuberculose splénique.

Lucien Rouquès.

G. Toniolo. *Sur le mécanisme d'ouverture du sphincter pylorique* (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. **5**, n° 5, Octobre 1936, p. 474-502). — T. a étudié radiologiquement chez 39 jeunes soldats en parfaite santé l'effet d'une injection sous-cutanée de 10 centigr. d'acétylcholine sur le fonctionnement de l'estomac; l'acétylcholine provoque constamment l'augmentation du péristaltisme, accroît le nombre des passages pyloriques et accélère l'évacuation de l'estomac. La conception classique du fonctionnement pylorique est fausse; il paraît absurde de supposer que l'excitation du pneumogastrique puisse faire contracter toute la musculature gastrique et avoir en même temps un effet inhibiteur sur la musculature du sphincter pylorique. L'ouverture du pylore n'est pas un phénomène passif, mais un phénomène actif; parmi les fibres circulaires du pylore s'insèrent des fibres longitudinales, dont l'existence a été mise hors de doute par Di Molfetta; dans un premier temps, il se produit un anneau de contraction dans la région pré-antrale; dans un deuxième temps, les fibres longitudinales, qui prennent appui sur cet anneau de contraction, se contractent à leur tour et dilatent le sphincter pylorique; la contraction de la région pré-antrale en se propageant vers la droite assure l'évacuation et le passage dans le duodénum; le passage terminé, le pylore se ferme par sa tonicité propre. T. n'est pas d'avis de traiter les états d'atonie gastrique par l'acétylcholine, car, à la longue, on les aggraverait en augmentant l'hypoexcitabilité parasympathique; on peut, au contraire, utiliser avec profit l'acétylcholine pour augmenter la contractilité des estomacs atoniques au cours d'un examen radiologique.

Lucien Rouquès.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
(Amsterdam)

J. Goudsmit et L.-H. Levie. ***Relations entre l'anémie aplastique et l'emploi d'eau contenant de l'émanation*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 81, n° 16, 17 Avril 1937, p. 1708-1717). — L'observation de G. et L. concerne un homme de 67 ans qui ressent, depuis quelques mois, de l'essoufflement et des palpitations de cœur. En outre, il présente des hémorragies gingivales et la déglutition est douloureuse. Enfin, depuis quelques années, il se plaint de douleurs rhumatismales. L'examen du sang montra qu'il y avait leucopénie avec agranulocytose, thrombopénie et anémie du type hyperchrome sans aucun signe de régénération. L'examen de la moelle osseuse permit de préciser que ce malade souffrait d'anémie aplastique avec granulopénie, conséquence de l'épuisement de la moelle osseuse. Il s'agissait maintenant de savoir quelle était l'étiologie de cette affection, chez ce sujet qui n'avait jamais été malade jusqu'alors.

On a appris alors, par la famille du malade, que celui-ci prenait chaque jour, depuis 5 ans, pour guérir son « rhumatisme », de l'eau provenant d'un appareil radifère. Or, on sait que les substances radioactives peuvent provoquer de l'anémie aplastique. Les rayons α sont des agents destructifs puissants et, d'ailleurs, on a observé des anémies progressives et de la granulopénie chez les ouvrières occupées à la fabrication des cadrans lumineux. L'examen de l'appareil à radium, dont se servait le malade, a permis de constater qu'il contenait 56 microgrammes de radium et que 385 cmc d'eau qui avaient séjourné dans le réservoir de cet appareil pendant 48 heures contenaient 3,8 microcuries d'émanations. Le calcul permet d'admettre que ce patient ingérait par jour 26.000 unités Mache ou davantage, ce qui est une dose beaucoup plus élevée que ce que fournissent les sources les plus riches en radium. Il semble donc bien que l'état de ce sujet doit être considéré comme le résultat de l'action de l'eau radifère sur une moelle osseuse d'une sensibilité particulière. G. et L. mettent en garde contre l'usage de médicaments de ce genre sans contrôle médical et se montrent disposés à admettre que bien des anémies aplastiques et des granulopénies d'origine obscure peuvent relever de causes de ce genre. P.-E. Morhardt.

J.-P. Petersma. ***Un cas de maladie de Recklinghausen (ostéite fibreuse kystique généralisée) avec guérison clinique après extirpation opératoire d'un adénome d'une parathyroïde*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 84, n° 20, 15 Mai 1937, p. 2225-2231). — L'observation de P. concerne un cultivateur de 32 ans qui, au cours de ces dernières années, présentait des douleurs dans les membres surtout après un effort physique. Il ressentait également des maux de tête et, finalement, dut abandonner son travail. En même temps, il survint des douleurs gastriques, des vomissements et un amaigrissement considérable (48 kilogr. pour 1 m. 72).

A l'examen, on constate de la cyphose ; le rebord costal atteint le rebord du bassin ; le squelette est partout sensible à la pression. Au niveau du cou, entre le lobe droit de la thyroïde et la trachée, on trouve une petite tumeur dure et bien mobile.

La radiographie montre des altérations de forme (aplatissement latéral du bassin, incurvation des os longs, col du fémur très aminci, etc.), et de structure (décalcifications, disparition presque complète du système trabéculaire, kystes, etc). On procède à une intervention qui permet d'enlever complètement la tumeur. Après l'intervention, le malade présenta le signe de Chvostek, puis des crampes violentes qui furent atténuées par l'injection intraveineuse de calcium. En outre, on lui administra de l'huile de foie de morue et on le mit à un régime riche en vitamines. Le calcium du sang a été dosé très fréquemment et on a constaté ainsi qu'au moment de l'opération il atteignait 13 milligr., chiffre qui s'est progressivement abaissé à 5,5 et même 4,3 milligr. pour remonter à 8,2 près de deux mois après l'intervention. Un an après l'opération, le malade fut revu ; il avait pu reprendre le travail des champs ; son poids s'était élevé à 55 kilogr. 5 et le calcium du sang était redevenu normal (9,4 milligr.).

L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'une tumeur certainement maligne car elle infiltrait par endroits les parois vasculaires. Cependant les figures de mitoses nucléaires étaient extrêmement rares. En outre, on constata très peu d'atypie des cellules constitutives de la tumeur.

A ce propos, P. rappelle les divers cas du même genre qui ont été publiés en Hollande, notamment par Snapper et par Boevé. Jusqu'ici les adénomes malins des parathyroïdes donnant lieu à une maladie de Recklinghausen, étaient considérés comme très rares car on n'en a signalé qu'un très petit nombre de cas : celui de Maresch, celui de Russell et M. Wilder et, enfin, celui de Paul Sainton, Lichtenberg et Millot. P.-E. Morhardt.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

G. de Morsier et A. Franceschetti. ***La maladie de Sturge-Weber-Krabbe*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 14, 3 Avril 1937, p. 285-287). — Après avoir rappelé les travaux de Sturge, de Weber et de Krabbe sur la maladie qui fait l'objet de ce travail, M. et F. donnent l'observation d'une femme âgée de 47 ans qui entre à l'hôpital pour rhumatisme articulaire aigu et qui présente un nævus vasculaire congénital de l'hémiface droite avec glaucome presque absolu de l'œil droit. En outre, depuis l'âge de 7 ans, cette femme présente des crises d'épilepsie qui débutent par des secousses convulsives du bras gauche et qui se terminent par des actes incohérents. A 12 ans elle a accusé des scotomes scintillants. A l'examen on constate une hémiparésie gauche légère et un nævus facial très modifié par un traitement, qui s'étend sur la partie droite du front, du nez et du cuir chevelu. L'œil droit présente un glaucome chronique se rapprochant plutôt du type infantile, une exophtalmie réductible, des angiomes veineux du fond de l'œil avec nævus pigmentaire.

L'encéphalographie ne permet de remplir que le ventricule gauche et on constate, à la radiographie du crâne, des calcifications situées dans le lobe occipital droit.

Il s'agit d'un cas auquel M. et F. proposent de donner le nom de maladie de Sturge-Weber-Krabbe et qui est caractérisée par un nævus facial, un glaucome et des calcifications du lobe occipital. Cette localisation des lésions n'est pas expliquée par l'embryologie et on sait que la maladie peut être héréditaire. On doit d'ailleurs la rapprocher des trois autres dystrophies neuro-cutanées congénitales : la sclérose tubéreuse de Bourneville, la neurofibromatose de Recklinghausen et la maladie de von Hippel-Lindau, soit un ensemble de 4 syndromes auxquels Van der Hoeve a donné le nom de phakomatose. D'ailleurs dans le cas de M. et F. on a constaté l'existence de taches pigmentées café au lait comme on en rencontre dans la neurofibromatose et, d'autre part, des formations tumorales du fond de l'œil s'observent dans ces 4 syndromes.

Il y a lieu de noter que les formes frustes de la maladie de Sturge-Weber-Krabbe peuvent expliquer certains cas d'épilepsie essentielle.

Chez cette malade la radiothérapie du crâne n'a eu qu'un effet très passager et si les symptômes cérébraux s'accentuent, une intervention chirurgicale devra être envisagée. P.-E. Morhardt.

Edward Mellanby. ***Les affections du système nerveux conditionnées par une alimentation défectueuse*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 17, 24 Avril 1937, p. 349-356). — On observe dans diverses maladies comme la pellagre, l'ergotisme convulsif et le lathyrisme ainsi que dans la dégénérescence subaiguë de la moelle, une dégénérescence toxique du système nerveux. Ces affections sont dues à une alimentation défectueuse. La pellagre s'observe chez des gens qui mangent beaucoup de maïs, le lathyrisme chez ceux qui mangent beaucoup de pois et particulièrement aux Indes les pois « akta ». L'ergotisme convulsif est dû à du pain de seigle infecté par le Claviceps purpurea.

Pour étudier ces affections il y aurait lieu de trouver une méthode expérimentale qui permette de provoquer des lésions du genre de celles qui sont observées en pareil cas, c'est-à-dire, une démyélinisation du système nerveux. Or, M. a eu l'occasion, au cours de recherches sur l'appareil digestif, de constater que certains animaux soumis à un régime sans vitamines présentaient des phénomènes d'incoordination d'autant plus graves que la ration de céréales était plus élevée. M. a été ainsi conduit à admettre que les céréales devaient contenir des toxamines rendues normalement inoffensives par la présence de vitamines. La toxamine rachitigène des céréales serait un dérivé de l'acide phytique. A côté de cette substance, il existerait dans les céréales une toxamine neuro-toxique avec laquelle on pourrait provoquer expérimentalement la démyélinisation du système nerveux. Les jeunes chiens nourris avec un régime spécial sans vitamines A ni D présentent, au bout d'un certain temps, des phénomènes nerveux sur lesquels la vitamine D reste sans influence alors que la vitamine A ou le carotène se montrent capables de les faire disparaître ou de les prévenir. Cette dégénérescence nerveuse se trahit par une incoordination des mouvements très nette pendant la marche et plus encore pendant la course. Des phénomènes analogues peuvent être produits mais plus difficilement, chez les lapins. Les lésions intéressent surtout les faisceaux ascendants tandis que les faisceaux descendants de la moelle et notamment les voies pyramidales ne présentent pas de lésions. Le système nerveux périphérique présente, lui aussi, des altérations dégénératives.

Dans l'ergotisme convulsif, on constate une dégénérescence des cordons médullaires et notamment, chez l'homme, des voies pyramidales qui, par contre, ne seraient pas atteintes chez les animaux d'expérience. La thérapeutique de cette affection consiste à administrer des œufs frais et du beurre ainsi que du lait, des légumes verts, des carottes et des huiles de foies.

L'anatomopathologie du lathyrisme qui s'observe encore beaucoup aux Indes au moment des famines et des sécheresses alors que les pois « akta » sont consommés en grande quantité, n'est guère connue, mais il semble bien y avoir aussi dégénérescence des cordons médullaires et plus spécialement des voies pyramidales. Par l'expérimentation sur l'animal, M. n'est arrivé à constater la démyélinisation que par les pois « khésari » et non pas par les pois « akta ». Dans la pellagre, il semble, d'après les dernières recherches de Verzar, que la vitamine B_2 (acide flavine-phosphorique) qui joue un grand rôle dans la résorption intestinale, intervient dans l'étiologie de la pellagre en empêchant les vitamines liposolubles d'être utilisées.

Quant à la dégénérescence combinée subaiguë de la moelle, elle doit être considérée comme un trouble du métabolisme et relève d'une cause différente de celle de l'anémie pernicieuse. Il n'existe pas de preuve d'ailleurs que la carence de la vitamine A ou du carotène intervient à ce point de vue. Mais peut-être dans cette affection, cette vitamine est-elle empêchée d'agir et d'exercer son action protectrice sur le système nerveux. D'une façon générale les affections nerveuses qui s'accompagnent de démyélinisation doivent être traitées avec un régime riche en substances protectrices (œufs, légumes verts, etc.) alors que la ration de céréales doit être réduite. P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Franz Jahnel. ***Action thérapeutique des combinaisons de rhodium dans la syphilis expérimentale et dans le pain*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 19, 8 Mai 1937, p. 657-658). — Après avoir rappelé que Levaditi et Lépine n'ont expérimentalement rien obtenu avec l'oxalate double de rhodium et potassium [$Rh (C_2O_4)_3K_3 + 4,5 H_2O$] dans la syphilis expérimentale et que Frouin et Guillaumie ont obtenu des résultats avec le chlorure double de rhodium et sodium dans la trypanosomiase, J. expose qu'avec des combinaisons relativement simples de rhodium (chlorure double de rhodium et sodium et chlorure de rhodium) il a obtenu des effets dans la syphilis expérimentale du lapin souche Nichols.

Avec le chlorure double de rhodium et sodium ($Na_3 RhCl_6 + 12 H_2O$) contenant 17,5 pour 100 de rhodium, injecté à la dose de 0,05 milligr. par kilogramme, par voie intramusculaire, on a pu faire entièrement disparaître les spirochètes du syphilome en 24 heures et sans qu'il survienne de récidive. Des doses de 0,01 milligr. à 0,02 milligr. par kilogramme ont eu également des effets nets. A des doses plus élevées comme, par exemple, 0,01 milligr. par kilogramme, on constate déjà, au bout d'une heure, que les tréponèmes présentent des mouvements paresseux et, au bout de deux heures, on en trouve beaucoup d'immobiles.

Au point de vue toxicité, il a été constaté que 0,2 gr. de chlorure double de rhodium et sodium, en injection intramusculaire, détermine la mort en 24 heures. D'une façon générale, l'index chimiothérapique s'est montré égal à 1 :12,5. Dans les cas exceptionnels, cet index peut même atteindre 1 :30.

Le chlorure de rhodium ($RhCl_3 + 4 H_2O$) a une action énergique sur les tréponèmes, mais se montre assez toxique au moins en injection intraveineuse. Les recherches, relatives à cette combinaison, ne sont pas encore terminées. La poudre de rhodium s'est montrée complètement inefficace.

En somme, il est possible que cette action, présentée par certaines combinaisons de rhodium, conduise à employer ce médicament dans le traitement de la syphilis humaine. Malheureusement, ce produit est actuellement d'un prix élevé.

P.-E. Morhardt.

F. Meythaler et **K. Wossidlo.** ***La teneur en adrénaline du sang périphérique au cours des performances sportives*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 19, 8 Mai 1937, p. 658-662). — M. et W. ont démontré antérieurement que tout abaissement de la glycémie dans le sang périphérique déterminait une arrivée d'adrénaline comme fonction de compensation. Dans ce nouveau travail, ces auteurs ont recherché, soit chez l'animal, soit chez l'homme, quels effets les actions ou les efforts physiques ont sur la teneur en adrénaline du sang périphérique. Ils ont ainsi constaté qu'une application froide brusque (douche d'air froid) augmente l'adrénalinémie. Le bain froid agit de même, mais à un moindre degré. Un bain de lumière élève fortement l'adrénaline du sang.

L'excitation psychique, déterminée par une explosion inattendue, détermine également une augmentation de l'adrénaline du sang en même temps qu'une élévation de la glycémie. Des performances légères ou moyennes, qui ne déterminent pas un épuisement, ne font pas disparaître l'adrénaline du sang périphérique. Par contre, après un travail épuisant, on ne retrouve plus cette hormone que d'une façon exceptionnelle. Il y a lieu d'admettre que chez les sujets non entraînés le système adrénalo-sympathique ne s'épuise pas complètement au cours de la performance. Il survient, en effet, un collapsus périphérique qui oblige à cesser l'effort. Par contre, chez les sujets très entraînés, étant donné les dépenses d'énergie considérables qui sont faites par la périphérie, toutes les substances mobilisables sont utilisées et pour cela le système adrénalo-sympathique doit fournir un travail considérable, et l'adrénaline peut alors complètement s'épuiser, de telle sorte que, malgré l'existence des réserves de glycogène, l'effort ne peut être poursuivi.

P.-E. Morhardt.

H. Schnetz. ***Action d'épargne du cuivre sur l'insuline*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 19, 8 Mai 1937, p. 664-671). — Des expériences sur l'animal ont montré que le cuivre permet d'inhiber l'hyperglycémie provoquée par 0,1 milligr. par kilogramme d'adrénaline. Ces constatations ont conduit à procéder à des recherches sur l'homme. Il a été ainsi constaté, tout d'abord, que le cuivre à la dose de 20 milligr. par jour, administrés en 8 pilules réparties pendant la journée, abaisse le taux de la glycémie à jeun. De plus, cette même dose quotidienne permet d'empêcher d'apparaître l'hyperglycémie provoquée par 0,5 milligr. d'adrénaline en injection, ou par 30 gr. de glucose *per os*.

Des recherches analogues ont été poursuivies chez 17 diabétiques. Chez un de ces malades, par exemple, avec 80 unités d'insuline, on ne pouvait donner que 150 gr. de pain. L'adjonction de cuivre au traitement a permis de porter la ration de pain à 200 gr. et d'abaisser l'insuline à 55 unités. Il est ainsi donné l'observation de 8 malades dont les échanges étaient bien équilibrés depuis un certain temps par une ration déterminée d'hydrates de carbone et d'insuline et chez lesquels l'administration de cuivre a permis d'épargner une dose importante d'insuline. Parfois même, dans les cas légers ou même moyens, l'insuline a pu être complètement remplacée par le cuivre. Après cessation du cuivre, les besoins d'insuline redeviennent peu à peu ce qu'ils étaient auparavant, mais non pas supérieurs. Les résultats ainsi obtenus dépendent cependant de la sévérité du diabète et du temps pendant lequel le cuivre a été administré et enfin d'une certaine sensibilité individuelle.

Le mécanisme de cette action peut être attribué à un effet sur le foie dont le pouvoir de fixation pour le glucose serait ainsi augmenté.

Aucun phénomène secondaire attribuable au cuivre n'a été observé, bien que le médicament ait été administré parfois pendant plus de quatre mois. Étant donné le résultat des récentes recherches faites sur ce sujet, il ne semble pas y avoir lieu de craindre qu'un traitement cuivrique puisse provoquer de la cirrhose du foie. Chez un diabétique décédé, après trois mois de traitement cuivrique, on a constaté que la teneur en cuivre du foie, de la rate et des poumons était normale alors que celle des reins et du pancréas était augmentée.

P.-E. Morhardt.

F. R. Querner. ***Relations biologiques entre les échanges de la vitamine A et l'économie de la cholestérine et leur signification comme point d'attaque d'ondes électromagnétiques; observations sur des objets biologiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 19, 8 Mai 1937, p. 671-675). — Des recherches antérieures ont permis à Q. d'établir que l'irradiation par les rayons ultra-violets du parenchyme hépatique, de la cortico-surrénale ou de l'hypophyse, fait apparaître, dans les gouttelettes lipoïdiques, une fluorescence qui manque quand les organes en question proviennent d'animaux soumis pendant longtemps à un régime dépourvu de vitamine A. Il ne s'agit pas là de provitamine carotinoïde, car les pigments de ce genre donnent une tout autre fluorescence que la vitamine. La vitamine est d'ailleurs très sensible aux rayonnements de courtes longueurs d'ondes. Sous l'influence de rayons Rœntgen comme de l'irradiation ultra-violette, cette fluorescence disparaît. En ce qui concerne le foie, la dose de 400 r amène la disparition de la fluorescence dans la périphérie du lobule du foie. Avec 600 r, la disparition est plus complète. La destruction de la vitamine est due à une transformation oxydative; en même temps, le maximum d'absorption passe progressivement de 328 μ à 325 μ.

Or, dans les maladies par carence, le trouble essentiel doit être cherché dans le métabolisme intermédiaire. La disparition de la vitamine A entraîne des modifications dans les échanges des substances grasses, d'où réduction des lipoïdes phosphorés et abaissement de la cholestérine dans tous les organes. Les modifications des cellules épithéliales, observées en pareil cas, doivent être attribuées à un trouble des échanges lipoïdiques. L'augmentation de la résistance à l'infection que confère la vitamine A ne doit pas être considérée cependant comme une résultante de l'augmentation de la production des anticorps, mais bien comme une augmentation de la résistance générale.

Les lipoïdes jouent, de plus, un rôle considérable dans les échanges des graisses. Le carotène et la vitamine A interviennent tout spécialement en activant l'oxydation des acides gras non saturés, c'est-à-dire en transformant, par déshydrogénation, les acides gras saturés en acides gras non saturés.

On sait, d'ailleurs, que le foie, notamment, en mettant ces principes alimentaires accessoires en dépôt, intervient dans ces phénomènes si bien que les maladies du foie sont souvent caractérisées par une carence du facteur A. La vitamine A peut donc, dans certaines circonstances, être détruite par l'irradiation. Chez les rats, Q. a constaté, en effet, que la cholestérine du sang et du foie s'abaisse nettement, en même temps que le taux du carotène et de la vitamine A. En outre, les produits de désintégration créés sous l'action destructive de l'irradiation et encore mal connus interviennent secondairement.

Par ailleurs, les électrolytes sont en relation étroite avec le fonctionnement nerveux. L'excitation du vague détermine une prédominance relative de K. alors que l'excitation du sympathique détermine une prédominance de Ca et l'antagonisme cholestérine/lécithine doit être considéré comme l'équivalent de l'antagonisme Ca/K. Il est donc possible que l'hyperexcitabilité du vague, constatée après insolation, soit rattachable à l'arrivée d'alcalins des tissus dans la circulation et à une augmentation relative du potassium, ce qui est rendu vraisemblable par le fait que les suspensions de cholestérine se montrent assez labiles à l'égard des irradiations. Cette action des rayons est sans doute indirecte. En tout cas, une irradiation, surtout quand elle agit sur la région abdominale, détermine un abaissement des réserves de vitamine A, parfois d'une façon si brusque que le phénomène mérite,

d'après Q., d'être désigné sous le nom de choc d'hypoavitaminose A.

Le mal des rayons, qui apparaît après irradiation d'un champ gastrique, s'explique en partie par sa localisation, c'est-à-dire par le fait que le foie est intéressé. De même, les effets de l'irradiation du crâne doivent être attribués à une action sur le lobe antérieur de l'hypophyse. Par contre, l'irradiation des extrémités ne détermine presque jamais de mal des rayons. L'état des échanges de vitamine A constituerait donc un facteur important de la sensibilité de l'organisme à l'égard des radiations. Dans ces conditions, pour prévenir ou pour combattre ces troubles, on doit utiliser la vitamine A, afin d'éviter que les réserves de cette vitamine diminuent exagérément.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague et Vienne)

Klaften (Vienne). ***Traitement du prurit vulvaire par des hormones*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 17, 24 Avril 1937, p. 566-570). — Si une malade est atteinte de prurit vulvaire, il convient d'abord de rechercher si ce prurit peut être dû à une affection générale telle que le diabète une altération hépatique ou un trouble des échanges nutritifs.

Dans les cas où ce prurit n'est pas causé par une autre affection, on a appliqué, jusqu'à présent, différents traitements symptomatiques.

Dans certains cas un traitement par le seigle ergoté et le brome a pu donner des résultats satisfaisants.

Bien que la pathogénie du prurit vulvaire ne soit pas encore complètement élucidée, K. croit de plus en plus qu'il est dû à une insuffisance de la production hormonale des ovaires. Ceci l'amena à appliquer des traitements avec des préparations d'hormones folliculaires. L'effet le plus favorable fut obtenu par une application percutanée. K. se servit d'un onguent contenant 1.000 unités pour 1 gr. et 4.000 unités furent appliquées quotidiennement. Dès qu'une amélioration se faisait sentir (au bout de quelques jours) l'application de l'onguent ne se faisait plus que tous les 2 jours et par la suite 2 fois par semaine.

Dans quelques cas il fut nécessaire de combiner ce traitement percutané par des injections d'hormones.

K. ne croit pas que le prurit vulvaire soit dû à une insuffisance en vitamine A. Pourtant, un traitement par un onguent contenant des vitamines A peut utilement être combiné avec le traitement hormonal.

K. a appliqué ce traitement dans 38 cas de prurit vulvaire grave et chez des femmes de tout âge. Il obtient partout la guérison, sauf dans 4 cas où il eut des récidives qui furent également guéries par le traitement hormonal.

Guy Hausser.

Urban (Vienne). ***Le signe de Romberg chez les aveugles*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 18, 30 Avril 1937, p. 595-598). — Il s'agit de la recherche de l'équilibre quand le sujet ferme les yeux et se tient droit avec les talons joints. On a un signe de Romberg positif quand l'examiné ne peut garder son équilibre dans une telle attitude, alors que les yeux ouvert il le garde normalement.

Urban a observé 3 cas d'aveugles (syphilis et tabes) qui, quoique aveugles, gardaient l'équilibre quand ils avaient les yeux ouverts, mais qui montraient un Romberg positif avec les yeux fermés. Il suffisait même que ces sujets ferment un seul œil pour que ce signe apparaisse (à condition qu'il s'agisse de l'œil qui avait servi à voir en premier lieu). Le signe de Romberg positif se montra aussi quand les sujets n'avaient que la simple intention de fermer l'œil.

U. note que des personnes nées aveugles n'ont jamais montré de différence de l'équilibre avec les yeux ouverts ou fermés, et ces derniers malades perdaient parfois leur équilibre, mais aussi bien les yeux ouverts que fermés.

U. tire de ces observations la conclusion que le signe de Romberg des aveugles doit être un réflexe conditionné, donc, un symptôme qui semble être fixé à un moment où les aveugles avaient encore la vue.

Guy Hausser.

Winckler (Gottlenba). ***Quelle valeur peut-on attribuer à l'apparition des hématies à granulations basophiles par l'absorption d'iodure de potassium chez les saturnins*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 19, 7 Mai 1937, p. 637-639). — Le diagnostic de saturnisme étant souvent particulièrement difficile, l'observation combinée des différents symptômes est nécessaire La méthode des analyses sanguines (méthode de Litzener, Weyrauch et Barth) est sans doute très importante, mais elle ne donne pas de résultats absolument certains. Comme la basophilie est un des symptômes le plus fréquent que l'on peut trouver au premier stade du saturnisme, W. recommande, depuis de nombreuses années, de faire apparaître plus facilement les hématies à granulations basophiles par l'absorption d'iodure de potassium. Pour cela, il faisait absorber, 3 fois par jour, une cuillerée à café d'iodure de potassium en solution à 5 pour 100 dans du lait, pendant 15 jours. Le nombre des hématies à granulations basophiles était compté avant la prise d'iodure de potassium, puis le 4e et le 14e jour de l'absorption.

W. considérait les nombres inférieurs à 300 comme étant un résultat négatif. Il a constaté que des personnes non atteintes de saturnisme avaient des valeurs positives dans 6 pour 100 des cas, tandis que chez des saturnins, les résultats positifs se sont montrés dans 56 pour 100 des cas. L'augmentation la plus élevée du nombre des hématies à granulations basophiles se montrait surtout le 4e jour de l'absorption d'iodure de potassium.

Ce résultat montre que la méthode proposée ne peut jamais suffire à elle seule pour reconnaître le saturnisme, mais elle peut être employée utilement quand elle est combinée avec d'autres examens qui, eux aussi, ne sont pas toujours probants quand il s'agit de reconnaître le saturnisme dans son premier stade.

W. fait remarquer que dans les régions montagneuses et alpestres, la population est extrêmement sensible à l'iode et des sujets peuvent montrer une certaine basophilie après application d'iodure même quand il ne s'agit pas de cas de saturnisme.

Cependant W. conclut qu'il est, en tous cas, incontestable que lorsqu'un résultat positif est observé, l'existence d'intoxication par le plomb doit être considérée comme certaine.

Guy Hausser.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN
(Leipzig)

L. Bayer. ***L'anesthésie en tant que médicament*** (*Zentrablatt für innere Medizin*, t. 58, n° 18, 2 Mai 1937, p. 369-380). — L'anesthésie est un médicament, telle est la thèse de Spiess, qui soutient qu'une inflammation ne peut se déclarer quand on réussit à supprimer les réflexes passant par les nerfs centripètes provenant du foyer inflammatoire et qu'une inflammation déjà existante guérit rapidement grâce à l'anesthésie du foyer inflammatoire. B. s'efforce de montrer que cette conception peut se concilier avec celle de Bier qui fait de la réaction inflammatoire un processus naturel de guérison.

B. pense que la douleur est une fonction de l'ensemble neuro-végétatif constitué par toutes les cellules et le système nerveux neuro-végétatif, support lui-même de la trophicité. Spiess n'a pas complètement saisi l'essentiel de sa découverte; il n'a pas assez tenu compte du facteur trophique. B. montre que la conséquence de la doctrine de Spiess n'est point en contradiction avec la conception naturelle de l'importance biologique de l'inflammation; elle ne contredit pas non plus la doctrine de Bier. Il n'y a pas opposition entre l'anesthésie médicament et l'hyperémie médicament. L'avenir précisera les indications respectives des deux méthodes thérapeutiques. En tout cas, le rôle essentiel de l'anesthésie employée comme médicament n'est pas de supprimer la douleur, mais de paralyser l'ensemble de la fonction végétative et de réaliser ainsi l'invulnérabilité du tissu.

A la lumière d'expériences faites sur lui-même (cautérisations ou injections d'essence de térébenthine faites après anesthésie locale au chlorhydrate de quinine et d'urée ou à la novocaïne), B. établit que l'anesthésie prolongée empêche la production de l'inflammation. D'autre part, après production de l'inflammation, l'anesthésie exerce une action calmante et curative.

Aussi le traitement par l'anesthésie semble-t-il devoir être d'une grande utilité dans les inflammations chroniques, même spécifiques (lupus). Il trouve une application particulièrement féconde dans l'ulcère gastrique.

P.-L. Marie.

L. Bayer. ***Le traitement de l'ulcère gastrique par l'anesthésie*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 58, n° 19, 9 Mai 1937, p. 585-598). — Depuis 4 ans, B. traite avec le plus grand succès les ulcères gastriques par l'administration d'un anesthésique par voie buccale. Il fait préparer extemporanément 200 cmc de solution de larocaïne à 0,25 pour 100 que le malade boit à jeun par petites gorgées toutes les 10 minutes en l'espace d'une heure en prenant ensuite l'attitude que demande la situation de l'ulcère.

Cette méthode a procuré dans tous les cas la disparition des symptômes subjectifs. Les signes radiologiques (niche) ont disparu dans tous les cas d'ulcère aigu et dans beaucoup de cas d'ulcères chroniques et même térébrants.

Le succès du traitement repose sur l'efficacité de l'anesthésie dans les processus inflammatoires de toute nature et sur l'affinité de l'anesthésique pour les territoires sensibilisés du système nerveux végétatif qui joue un rôle décisif dans la trophicité des tissus de ces zones. L'effet spasmolytique intervient aussi, non pas seulement sur la musculature, mais également sur le riche réseau capillaire et vasculaire de la paroi gastrique. Il est hors de doute que le processus ulcéreux s'accompagne de réactions vasculaires inflammatoires et que fréquemment des facteurs empêchant une vascularisation normale de la paroi gastrique barrent la route à la guérison.

Il n'a pas été observé d'effets toxiques. Toutefois, la prudence s'impose chez les malades âgés et affaiblis.

P.-L. Marie.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE
(Berlin)

G. Effkemann. ***Etude expérimentale sur l'influence d'une alimentation incomplète sur la fonction hépatique au cours de la gestation*** (*Archiv für Gynäkologie*, vol. 163, fasc. 2, 5 Mars 1937, p. 327-342). — Les recherches expérimentales et la clinique ont montré qu'au cours de la grossesse une alimentation trop riche en protides et en lipides augmente le nombre des états toxémiques et qu'il y a donc lieu d'examiner la fonction hépatique dans de tels cas. Une alimentation trop riche en lipides détermine une modification de la fonction glycogénique et glycogénolytique du foie; cette modification se manifeste par une hypersensi-

bilité à l'insuline et par un changement de la courbe d'hyper- et d'hypoglycémie provoquée. L'épreuve de la santonine montre, également, une insuffisance fonctionnelle des plus nettes. Par ailleurs, une alimentation trop riche en protides entraîne, soit une fonction glycogénique et glycogénolytique en contradiction avec la courbe normale de la grossesse, soit un abaissement de l'épreuve de la santonine. Henri Vignes.

H. O. Neumann. ***Etudes cliniques et anatomo-pathologiques sur le problème de la glande thyroïde du nouveau-né*** (*Archiv für Gynäkologie*, vol. **163**, fasc. 2, 5 Mars 1937, p. 368-405). — N. a étudié le goitre du nouveau-né dans la province de Hesse où le goitre endémique est fréquent. Il considère comme goitreuse chez le nouveau-né toute thyroïde d'un poids supérieur à 3 gr. Dans le plus grand nombre des cas, le poids ne dépassait pas 9 gr., à l'exception d'un cas de 23 gr. Si l'on examine au microscope, lorsque la glande n'est pas hypertrophiée, on trouve un aspect typique d'hyperémie folliculaire, de desquamation et, dans beaucoup de follicules, de prolifération épithéliale. La colloïde est peu abondante, à peine décelable. Ces goitres donnent au microscope l'image de *Struma diffusa parenchymatosa télangiectasique*. De telles modifications de la thyroïde font partie de ces troubles du développement intra-utérin encore mal connus: peut-être est-on en droit de supposer que l'hormone placentaire thyréotrope intervient dans leur déterminisme. Henri Vignes.

H. O. Neumann. ***Etude clinique et anatomo-pathologique sur l'insuffisance thyroïdienne et la fonction génitale de la femme*** (*Archiv für Gynäkologie*, vol. **163**, fasc. 2, 5 Mars 1937, p. 406-438). — Nos connaissances actuelles sur les fonctions générales des glandes endocrines sont trop imprécises pour que nous puissions connaître, d'une manière certaine, l'influence de la fonction thyroïdienne sur la fonction génitale. N. a poursuivi, à ce sujet, des recherches expérimentales sur différentes races d'animaux. Chaque fois où il a pratiqué l'extirpation de la thyroïde chez le jeune, les organes génitaux sont restés infantiles. Par ailleurs, il rapporte des observations cliniques se rapportant à des cachexies thyroïdiennes, à des myxœdèmes et à des crétinismes. Dans un cas de cachexie thyroïdienne (une thyroïdectomie avait été pratiquée à 12 ans), les organes génitaux externes et internes étaient hypoplasiés. La puberté est apparue à 17 ans et les menstruations se reproduisaient toutes les 4 à 6 semaines. Dans le myxœdème, il a trouvé également une hypoplasie complète du tractus génital et, sur 8 observations, 4 femmes seulement ont été réglées. Sur 6 observations de crétinisme, il releva deux fois un infantilisme des organes génitaux internes.

Henri Vignes.

G. Gaechtgens et **E. Werner.** ***Le déficit en vitamine C au cours de la gestation*** (*Archiv für Gynäkologie*, vol. **163**, fasc. 2, 5 Mars 1937, p. 475-486). — G. et W. ont recherché s'il y avait déficit en vitamine C chez 26 gestantes en bonne santé. Ils ont constaté l'existence d'un tel déficit chez 62,5 pour 100 des primipares et chez 70 pour 100 des multipares. Ceci semblerait prouver que l'hypovitaminose C est plus à redouter chez les femmes ayant eu plusieurs grossesses.

Henri Vignes.

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG
(Leipzig et Dresde)

B. Steinmann. ***L'électrocardiogramme dans l'intoxication oxycarbonée*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. **29**, n° 8, 15 Avril 1937). — Des signes électrocardiographiques d'une altération du myocarde se rencontrent assez fréquemment après l'intoxication oxycarbonée (21 fois sur 30 cas) et se voient tant dans les cas bénins que dans les cas graves, sans qu'il y ait concordance entre la gravité de l'intoxication et l'électrocardiogramme. Un tracé normal ne s'observe que dans les intoxications de nature très bénigne (9 fois). Chez 2 malades qui avaient subi une intoxication très grave terminée par la mort dans les mêmes conditions extrinsèques (mère et fils), l'électrocardiogramme de la mère présenta de graves altérations croissantes, tandis que celui du fils peu avant la mort se rapprocha du type normal.

Avec l'évolution favorable de l'intoxication, les modifications électrocardiographiques ont coutume de rétrocéder. S. n'a pu constater qu'une fois une affection myocardique chronique à la suite de l'intoxication d'ailleurs bénigne et des maladies antérieures semblaient avoir créé une prédisposition chez ce patient. Chez d'autres malades qui se plaignaient de troubles cardiaques depuis l'intoxication, l'électrocardiogramme ne put confirmer l'existence d'une lésion du myocarde.

S. pense que les modifications rencontrées le plus souvent, et généralement réversibles, de l'électrocardiogramme (déformations de l'intervalle S-T consistant le plus souvent en un abaissement du tracé, plus rarement en une élévation par rapport à l'axe isoélectrique, en allure curviligne, etc., aplatissement de T) sont la conséquence de l'anoxémie du myocarde, ainsi que d'autres auteurs l'ont déjà soutenu, tandis que les altérations plus rares de l'electrocardiogramme (allongement du temps de conduction, etc.) doivent être mises sur le compte des hémorragies qui sont la résultante des lésions vasculaires produites par l'oxyde de carbone. Si l'anoxémie atteint un degré tel qu'elle se manifeste dans l'électrocardiogramme, cela semble dépendre de la structure anatomique des vaisseaux du cœur et de leur faculté d'adaptation à des exigences accrues.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

A. Carrel. ***La culture des organes entiers. I. Technique de la culture de la glande thyroïde*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **65**, n° 4, Avril 1937. p. 515-527). — La culture des organes entiers dans l'appareil de Lindbergh exige des techniques variant avec chaque organe. C. décrit ici le procédé employé pour la perfusion de la thyroïde qui comprend les temps suivants : préparation du milieu gazeux, préparation de la pompe à perfusion de Lindbergh, préparation de la thyroïde, transplantation de la glande dans la chambre à organes, perfusion de la thyroïde, enlèvement de la glande de la chambre. Toute l'opération ne demande que 40 minutes et la technique, en dépit des nombreux détails qu'elle comporte, peut être apprise en 2 semaines.

En observant les précautions indiquées, on évite tout accident tel qu'infection, hémorragie, embolie et compression de l'artère thyroïdienne. La glande demeure vivante pendant la période de perfusion qui a duré de 3 à 21 jours.

Dès que la pompe a été reliée à la seconde portion de l'appareil de Lindbergh et que l'on a réglé la pression maxima et minima, la carotide commence à présenter des battements ainsi que l'artère thyroïdienne. En quelques minutes la glande se gonfle et devient rose. Le pH du liquide du tube nourricier, de 7,5 au début, tombe à 7 ou moins, selon l'activité métabolique de la glande et la composition du liquide circulant. La structure histologique ne se modifie pas quand le milieu nutritif est du sérum dilué, bien qu'il n'y ait ni globules rouges ni hémoglobine dans le liquide de perfusion. Au bout de 18 jours de perfusion les fragments de thyroïde prélevés donnent encore des cultures exubérantes, preuve de la vitalité de la glande perfusée.

P.-L. Marie.

J. E. Smadel et **L. E. Farr.** ***Néphrite expérimentale du rat produite par l'injection de sérum néphrolytique. I. Recherches cliniques et fonctionnelles. II. Etude anatomo-pathologique de la maladie aiguë et chronique*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **65**, n° 4, Avril 1937, p. 527-557). — Reprenant des recherches dont l'origine remonte à celles faites par Castaigne et Rathery en 1902, S. et F. ont injecté à des rats du sérum de lapins préparés avec des suspensions de rein de rat perfusé et obtenu ainsi une glomérulo-néphrite caractérisée cliniquement durant sa phase initiale par une albuminurie marquée, de la cylindrurie et de l'anasarque, mais sans hématurie.

Ils ont produit une néphrite rapidement mortelle en injectant à de fréquents intervalles des doses relativement grosses de sérum néphrolytique. L'urée sanguine s'élève alors rapidement, l'élimination uréique s'abaisse et la mort survient en 2 semaines environ.

Une néphrite plus bénigne du type chronique fut produite en injectant des doses plus faibles en une seule fois ou en plusieurs fois. On ne constate pas alors de modification immédiate de l'élimination uréique. Avec le développement de l'anasarque se montrèrent de la lipémie et une diminution des protéines du plasma. La majorité des rats qui survécurent au stade initial de cette néphrite expérimentale continuèrent à présenter une albuminurie accentuée avec des cylindres jusqu'à ce qu'ils mourussent ou fussent sacrifiés plusieurs mois plus tard. Quelques-uns présentèrent un retard de croissance et une baisse progressive de l'élimination uréique. Finalement, on constata chez eux une azotémie élevée, de l'hypoprotéinémie, de l'anémie et de l'hypertension.

Cette glomérulo-néphrite expérimentale se caractérise anatomiquement par une tuméfaction précoce de la substance intercapillaire du bouquet glomérulaire et de la dégénérescence des tubuli. On ne trouve de thrombus fibrineux dans les capillaires des glomérules que lorsque l'injection de sérum nephrolytique détermine une réaction anaphylactoïde grave et ils sont dus à d'autres facteurs que la néphrotoxine.

Les altérations rénales, qui se produisent chez tous les rats à la suite de l'injection d'une dose convenable de néphrotoxine, continuent d'ordinaire à se développer jusqu'à ce que l'animal meure ou soit sacrifié. Les lésions microscopiques rénales de la phase initiale aboutissent à la production de tissu cicatriciel au niveau des glomérules et des tubuli. Chez les animaux qui succombèrent de 3 à 11 mois après les injections, l'étude histologique montra une glomérulo-néphrite chronique progressive et des lésions vasculaires généralisées avec des zones de dégénérescence secondaire dans le cœur, le cerveau et les testicules.

P.-L. Marie.

H. F. Swift et **J. E. Smadel.** ***Néphrite expérimentale produite chez le rat par l'injection de sérum néphrolytique. IV. Prévention des effets nocifs de la néphrotoxine in vivo au moyen d'extraits de rein*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **65**, n° 4, Avril 1937, p. 557-565). — La substance présente dans le sérum néphrolytique qui produit un type spécial de néphrite chez les animaux injectés est considérée par la plupart des auteurs comme une néphrotoxine ayant une spécificité relative pour le tissu rénal. Les expériences de S. et S. confirment la spécificité très grande, bien que non absolument stricte, de la néphrotoxine. Un extrait de rein perfusé en eau physiologique, administré par voie veineuse immédiatement avant l'injection de sérum néphrolytique par la même voie, se montra capable de prévenir les

lésions rénales, tandis que l'injection d'eau physiologique ou d'extrait de foie de rat perfusé n'eut aucun effet préventif. L'effet néphrotoxique produit par le sérum anti-rein est donc lié à un anticorps relativement spécifique, la néphrotoxine.

P.-L. Marie.

H. Eagle. ***La coagulation du sang par les venins de serpents et sa signification physiologique*** (*The Journal of expérimental Medicine*, t. **65**, n° 5, Mai 1937, p. 613-641). — Parmi les 17 venins étudiés, 9 se montrèrent capables de coaguler le sang ou le plasma citratés. Comme la majorité des auteurs le pense, 7 de ces 9 venins transforment le fibrinogène en une modification insoluble ressemblant à la fibrine. Le pH optimum pour cette coagulation, déterminé pour 3 venins, fut de 6,5, le même que celui pour l'action de la thrombine sur le fibrinogène. Mais contrairement à la thrombine, l'activité coagulante pour le fibrinogène des venins ne fut pas influencée par l'antithrombine produite au cours du choc anaphylactique.

En plus de leur action directement coagulante sur le fibrinogène, 3 de ces venins agirent sur la prothrombine pour la convertir en thrombine, sans que soit nécessaire l'intervention de calcium ou de plaquettes. Enfin, deux venins, qui n'avaient pas d'action manifeste sur le fibrinogène purifié convertirent néanmoins la prothrombine en thrombine. A l'inverse de la réaction entre venins et fibrinogène, cette activation de la prothrombine ne présente pas de pH optimum net, mais s'effectue dans une large zone. Des quantités extrêmement minimes de certains de ces venins suffisent à produire une activation manifeste de la prothrombine. Ainsi le venin de *Bothrops atrox* se montre actif, dilué à 1 :25.000.000.

La thrombine formée est indistinguable de celle produite par l'action du calcium + plaquettes sur la prothrombine. De même que ce dernier type de thrombine, mais à l'inverse de ce qui se passe avec les venins qui agissent directement sur le fibrinogène, la thrombine formée aux dépens de la prothrombine par le venin fut inhibée par l'antithrombine.

Chacun des 9 venins non coagulants étudiés détruisait la prothrombine et 5 d'entre eux détruisaient également le fibrinogène. Il y a des raisons de croire que plusieurs de ces propriétés des venins (coagulation et destruction du fibrinogène, activation et destruction de la prothrombine) dépendent des enzymes protéolytiques qu'on y trouve.

En outre, ces constatations tendent à étayer cette thèse, à savoir que, au cours de la coagulation physiologique : 1° le calcium + les plaquettes constitue un système d'enzyme qui réagit avec la prothrombine pour former de la thrombine, analogue ainsi à la trypsine et à plusieurs des venins protéolytiques examinés; 2° la thrombine ainsi formée est elle-même un enzyme protéolytique qui, semblable à la papaïne et à la majorité des venins coagulants et protéolytiques étudiés ici, réagit avec le fibrinogène pour donner un gel fibrillaire, la fibrine.

P.-L. Marie.

H. Goldblatt. ***Recherches sur l'hypertension expérimentale. Production d'une hypertension persistante chez le singe par ischémie rénale*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **65**, n° 5, Mai 1937, p. 671-677). — Dans un récent mouvement médical consacré à l'hypertension chronique expérimentale (*La Presse Médicale*, n° 38, 12 Mai 1937, p. 717) Varay a montré l'intérêt des recherches de Goldblatt qui ont établi que chez le chien l'ischémie rénale incomplète et réglable à volonté, réalisée avec des pinces spéciales en argent à pression réglable laissées en place sur le tronc principal de chaque artère rénale, permet d'obtenir une hypertension constante et durable portant sur la maxima et la minima.

Employant la même technique, G. a obtenu chez le singe macaque une élévation persistante de la pression systolique et diastolique due à l'ischémie rénale, résultat fort intéressant, étant donné la parenté plus grande entre l'homme et le singe.

P.-L. Marie.

L. A. Julianelle, R. W. Harrison et M. C. Morris. ***La nature probable de l'agent infectieux du trachome*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. **65**, n° 5, Mai 1937, p. 735-756). — Ces recherches établissent qu'on peut débarrasser l'agent du trachome des bactéries étrangères de la conjonctive au moyen du passage par le testicule du lapin. Durant ce passage, l'agent infectieux ne se multiplie guère ou pas du tout, mais dans la plupart des cas, il garde son pouvoir infectieux intact pour le singe. Il ne détermine pas de lésions spécifiques dans le testicule.

L'agent du trachome peut aussi, mais rarement, être débarrassé des bactéries étrangères par passage dans le cerveau. Le tissu cérébral ne présente pas de réaction spécifique.

Les expériences de filtration sur filtres de Seitz, de Kramer, de Berkefeld et d'Elford confirment que cet agent filtre difficilement.

Les expériences de culture de tissus faites avec des tissus contenant l'agent infectieux (conjonctive, testicule de lapin, cerveau, etc.), exécutées dans des conditions très variées, se montrèrent toutes négatives. L'inoculation à la conjonctive du singe demeura toujours sans succès.

L'agent du trachome est inactivé par la bile, le nitrate d'argent, l'acide phénique, le tartre stibié, le violet de gentiane. Une température de 45 à 50°, maintenue durant 15 minutes, suffit à l'inactiver.

Les tentatives faites pour conserver l'agent infectieux dans la glycérine échouèrent.

Ces constatations concordantes suggèrent que l'agent du trachome est un virus.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL OF RŒNTGENTHERAPY AND RADIUM THERAPY
(Springfield)

John Caffey. ***Modifications squelettiques dans les anémies chroniques hémolytiques (Anémie érythroblastique, anémie à cellules falciformes, ictère hémolytique chronique)*** [*The American Journal of Rœntgentherapy and Radium Therapy*, t. **37**, n° 3, Mars 1937, p. 293-324]. — C. rapporte les observations résumées de 21 cas d'anémie érythroblastique et expose les résultats de l'examen radiologique dans ces 21 cas, ainsi que dans 15 cas d'anémie à cellules falciformes et 6 cas d'ictère hémolytique chronique.

1° *Anémie érythroblastique.* — Après avoir rappelé les altérations squelettiques typiques, reconnues et décrites dès 1927 par Reynols (c'est-à-dire, à des degrés variés, l'épaississement de la voûte cranienne, l'atteinte des os longs et courts, tubulaires et plats, Caffey considère : *a*) que les modifications primitives au niveau du crâne consistent dans un épaississement de la portion squameuse inférieure du frontal; les striations radiales apparaissent en premier lieu dans la portion antérieure des pariétaux au voisinage de la suture sagittale, le frontal étant le siège des manifestations les plus précoces et de l'épaississement le plus accusé, C. s'attache à étudier l'évolution de l'épaississement de la voûte et des striations à ce niveau. *b*) Les premières manifestations au niveau des os longs sont la dilatation du canal médullaire en même temps que l'atrophie de la corticale, l'aspect réticulaire ne survenant que plusieurs mois après l'apparition des premiers symptômes radiologiques. c) Les modifications squelettiques tardives dans les cas sévères de longue durée sont des manifestations ostéoscléreuses consécutives à un accroissement tardif des cartilages. *d*) Sur les 21 cas, 2 seulement ne présentaient pas d'altérations osseuses.

2° *Anémie à cellules falciformes.* — *a*) Aucune modification caractéristique au niveau des os longs. *b*) Dans 2 cas, épaississement et striations de la voûte analogues à ceux des anémies érythroblastiques, mais avec accentuation des lésions au niveau des pariétaux. *c*) Dans aucun de ces 6 cas n'ont été observées des manifestations cliniques ou radiologiques de synostose des os du crâne.

Morel-Kahn.

ARCHIVES of DERMATOLOGY and SYPHILOLOGY
(Chicago)

O'Leary, Cole, Moore, Stockes et Wile. ***Neurosyphilis asymptomatique*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **35**, n° 3, Mars 1937, p. 387-401). — On appelle *neurosyphilis asymptomatique* le type de neurosyphilis caractérisé par une réaction positive du liquide céphalo-rachidien, sans troubles objectifs ni subjectifs du système nerveux central.

Dans cette étude très documentée, L., C., M., S. et W. ont examiné le liquide céphalo-rachidien de 5.293 syphilitiques; chez 712 malades (13,5 pour 100), ils ont découvert une neurosyphilis asymptomatique. Les liquides sont divisés en quatre groupes suivant l'intensité des altérations constatées : Wassermann négatif ou positif, présence ou absence de globuline, nombre des lymphocytes, réaction du benjoin colloïdal ou de l'or. L'état du liquide donne des renseignements intéressants au point de vue pronostique et thérapeutique. Les malades dont le liquide est faiblement atteint peuvent être traités moins énergiquement que ceux dont le liquide donne le type de la paralysie générale latente.

Les blancs sont plus susceptibles que les noirs vis-à-vis de cette forme de neurosyphilis. Les chancres extragénitaux, même s'ils sont localisés à la nuque, ne prédisposent pas à des complications nerveuses.

Les malades bien traités au début par un traitement continu (plus de 20 piqûres d'arsénobenzol et 20 piqûres de bismuth ou de mercure) donnent un pourcentage faible (7,5 pour 100) de neurosyphilis asymptomatique; par contre, les malades insuffisamment traités au début donnent un pourcentage de 22,6 pour 100.

Le Wassermann du sang ne fournit aucune indication sur l'état du liquide céphalo-rachidien : 14 pour 100 des malades ayant un Wassermann négatif avaient une réaction positive de l.c.r.

On peut rendre le l.c.r. normal par le traitement habituel, seul ou associé au traitement intra-rachidien, à la tryparsamide, à la malariathérapie. Sur 565 cas, le l.c.r. redevint normal au bout de la 10e année dans 64,4 pour 100. A la fin de la 5e année, un traitement habituel avait ramené à la normale 24,6 pour 100 de malades peu atteints ; dans les cas plus avancés, on adjoignit à ce traitement des injections intrarachidiennes (24,1 pour 100 de l.c.r. normaux), la tryparsamide (5 pour 100) et la malariathérapie (2,8 pour 100)

Les signes cliniques de neurosyphilis apparurent chez 2,8 pour 100 des malades atteints de neurosyphilis asymptomatique précoce et dans 7,9 pour 100 de neurosyphilis tardive : démence précoce, syphilis méningo-vasculaire, tabes, atrophie optique, neurosyphilis méningée, neurorétinite, surdité. La plupart de ces manifestations cliniques apparurent à la 5e année de traitement, après que la neurosyphilis asymptomatique eut été reconnue.

R. Burnier.

Cornbleet. ***Vitamine C et pigment*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. **35**, n° 3, Mars 1937, p. 471-479). — C. rappelle que le pigment

est augmenté dans la peau quand le dépôt de vitamine C dans les glandes surrénales et le reste du corps diminue. L'excès de pigment de la peau dans la maladie d'Addison et le scorbut est absorbé quand on donne au malade de la vitamine C. L'administration suffisante de vitamine C aux addisoniens fait disparaître la pigmentation, mais les autres symptômes ne sont pas influencés.

Pigment et vitamine C apparaissent ensemble dans la peau ; le pigment semble être l'ancre qui maintient la vitamine C ; si le pigment est absent, la vitamine C n'est pas décelable ; au contraire de grandes quantités de pigments peuvent retenir de plus grandes quantités de vitamines C.

A la vitamine C et à la mélanine est associé dans la peau le cuivre ; c'est le cuivre qui hâte le noircissement et la précipitation de la dopa sous l'influence des rayons ultra-violets; la vitamine C retarde cette précipitation. L'absence de vitamine C accélère la production de pigment et le pigment une fois produit attire et retient la vitamine C.

R. Burnier.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

A. A. Weinstein et **H. E. Hoff** (Boston). ***Le mécanisme de la suppression de la douleur immédiatement après la thyroïdectomie totale pour angine de poitrine et asystolie congestive*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **64**, n° 2, 1er Février 1937, p. 165-172). — La thyroïdectomie totale chez des patients atteints d'angine de poitrine ou de congestion passive chronique amène fréquemment une suppression post-opératoire immédiate de la douleur précédente et distincte de l'amélioration tardive due au développement de l'hypothyroïdisme.

Pour en découvrir la cause, W. et H. ont choisi 3 malades qui présentaient des zones bien limitées de sensibilité osseuse et musculaire et d'hyperesthésie cutanée, constamment retrouvées au même point. Avant l'opération ces zones étaient marquées sur la peau avec de l'encre indélébile et leur sensibilité recherchée au cours de l'opération à chaque temps de l'intervention.

W. et H. ont ainsi étudié 3 malades.

I. — Disparition immédiate de l'hyperalgésie musculaire et périostique au thorax après section des vaisseaux thyroïdiens inférieurs.

II. — Disparition immédiate unilatérale après que le lobe droit de la thyroïde eut été délogé de son lit; disparition immédiate de l'hyperalgésie à gauche après ablation du deuxième lobe (gauche).

III. — Comparaison des effets de l'hémithyroïdectomie et du blocage du ganglion stellaire sur l'hyperalgésie thoracique : l'effet fut le même dans les deux cas : disparition de l'hyperalgésie.

Des recherches anatomiques pratiquées sur 10 fœtus et 6 adultes d'âge variable ont montré les relations intimes entre les nerfs cardiaques et la glande thyroïde. Dans 70 pour 100 des cas, le nerf cardiaque supérieur est étroitement appliqué à la face postérieure des lobes thyroïdiens. Dans 20 pour 100 les nerfs cardiaques moyens sont appliqués sur la face postérieure de ces lobes ou des vaisseaux thyroïdiens inférieurs.

La disparition post-opératoire immédiate de la douleur après thyroïdectomie est due au traumatisme des nerfs cardiaques supérieurs et moyens et des plexus nerveux situés sur la face postérieure de la glande ou de ses vaisseaux.

M. Guibé.

A. O. Whipple (New-York). ***Résultats du traitement médical et chirurgical dans les splénopathies*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **64**, n° 2 A, 15 Février 1937, p. 296-304). — W. a étudié dans sa clinique spléno-hématologique 601 cas d'affections de la rate.

Splénomégalies avec obstruction portale et hypertension. Ce groupe d'affections auxquelles W. donne le nom de syndrome de Banti et qui sont caractérisées par de la splénomégalie, une anémie secondaire plus ou moins sévère, de la leucopénie et des signes d'obstruction portale (hémorragies et ascite) n'est pas très rare, puisque W. en a rencontré 68 cas. Mais il n'en retient que 31 (16 f. et 15 h.) qu'il a pu étudier à fond et suivre. Tous ont subi la splénectomie.

Ce groupe peut se décomposer en six variétés : cirrhose de Laennec, cirrhose non classée, schistosomiase de Manson, thrombose de la veine splénique, transformation caverneuse de la veine porte; obstruction non vérifiée.

Dans la première variété (c. de Laennec), les résultats ont été franchement mauvais: sur 9 cas, 2 morts à l'hôpital, 5 décédés de 3 mois à 13 ans et 2 encore en bonne santé au bout de 3 ans 1/2 et 5 ans.

Dans les 3 variétés suivantes (6 cas) les résultats ont été excellents.

La transformation caverneuse de la veine porte a succombé par hématémèse 2 jours après l'opération.

Les 15 cas de splénectomie pour obstruction de cause inconnue ont donné 5 morts dont 2 à l'hôpital et 10 sujets guéris et en bon état.

Purpura hémorragique thrombocytopénique. 22 cas typiques et 8 atypiques. Parmi les premiers, 11 ont été splénectomisés avec un mort et 9 bons résultats; dans les cas non opérés 1 mort seulement, 3 bons résultats.

Dans les cas typiques il y a eu 4 morts et 3 guérisons datant de 3 à 7 ans.

Ictère hémolytique. La forme typique est une entité morbide bien définie dont le diagnostic dépend de la découverte de microcytes arrondis dans le sang périphérique: dans cette forme, la splénectomie provoque une disparition immédiate de l'augmentation de l'activité hémolytique avec un prompt retour à la normale de la valeur sanguine. Ces brillants résultats ont été obtenus dans tous les cas et ont tous persisté jusqu'à 16 ans après la splénectomie.

La forme atypique de l'anémie hémolytique comprend un groupe hétérogène de troubles associés à une destruction sanguine exagérée et une splénomégalie. Il semble que certains cas soient néoplasiques, d'autres infectieux, les autres de cause inconnue. La splénectomie n'est pas indiquée dans ces cas. C'est dire qu'un diagnostic préopératoire correct est essentiel.

M. Guibé.

Fr. H. Lahey (Boston). ***Le traitement de l'hyperthyroïdisme grave*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. **64**, n° 2 A, 15 Février 1937, p. 304-313). — Les crises thyroïdiennes aiguës qui surviennent dans l'hyperthyroïdisme sont dues à l'épuisement du glycogène hépatique par un processus de combustion exagérée, associé à une production excessive de thyroxine par le corps thyroïde, dont la présence en excès dans le sang provoque cette exagération des combustions.

Le meilleur traitement de l'hyperthyroïdisme est le traitement chirurgical qu'on proprotionnera à la gravité du cas : avec les ligatures polaires on a déjà 66 pour 100 d'améliorations et ce chiffre monte à 80 pour 100 dans les hémithyroïdectomies pour arriver à près de 100 pour 100 avec la thyroïdectomie subtotale. Il est exceptionnel que ces crises se développent d'une façon suraiguë: elles demandent habituellement de plusieurs jours à plusieurs semaines. Ce qui importe, c'est de ne pas les laisser arriver à un degré tel qu'il n'y ait plus rien de possible à tenter.

On doit donc commencer par préparer les malades à l'opération par le repos, les calmants, l'iode; mais il faudra aussi protéger le foie par des injections intraveineuses continues de liquides et de larges doses de glucose. Il y aura lieu de toujours opérer dans les cas où un pareil traitement prolongé 3 à 4 semaines n'a pas amené une amélioration progressive et évidente. On pratiquera la thyroïdectomie subtotale.

Il est des indications de traitement opératoire immédiat: c'est ce qu'admet L. pour les troubles cardiaques avec faible fléchissement ou arythmie, en cas de fibrillation auriculaire, chez les diabétiques et les femmes enceintes.

En cas d'infections, de modifications de l'état psychique, de diarrhée et de vomissements, on pratiquera des injections intraveineuses de glucose, de façon à administrer de 500 à 800 gr. de glucose par jour et L gouttes de solution de Lugol.

Lorsqu'on aura ainsi écarté le danger dû à ces accidents aigus, on soumettra le malade à un régime hydro-carboné pendant 2 à 3 semaines et on opérera ensuite: d'abord hémithyroïdectomie droite, subtotale, puis au bout de 6 semaines, hémithyroïdectomie gauche.

Grâce à ces soins, on pourra abaisser la mortalité à 0,35 pour 100.

M. Guibé.

GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE (Venise)

B. Boggian. ***Le traitement par le sang irradié*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. 10, n° 10, Octobre 1936, p. 645-661). — B. a traité 216 malades par des injections de sang citraté soumis à une irradiation par les rayons ultra-violets de durée variable suivant la puissance de la lampe; les injections sont faites intramusculaires plutôt qu'intraveineuses, à doses croissantes de 2 cmc 5 à 15 ou 30 cmc suivant le poids, 3 fois par semaine, en nombre variable, 15 au maximum; l'hétérohémothérapie a été employée de préférence à l'autohémothérapie chez les anémiques et les enfants. Dans tous les cas, on a observé une sensation de bien-être, une augmentation de l'appétit, une augmentation du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine; les injections sont rarement douloureuses et il n'y eut que dans quelques cas un léger mouvement fébrile.

Les résultats ont été les suivants: 1° anémies aiguës par hémorragie: 11 cas; amélioration très rapide; 2° anémies chroniques: 81 cas (tuberculose, leucémie, paludisme, cancer, chlorose, maladies de Biermer et de Banti), augmentation constante du nombre des hématies, moins rapide et moins accusée que dans le premier groupe, action variable sur la cause de l'anémie; 3° maladies allergiques (asthme, migraine, urticaire): 14 cas, aucun résultat; 4° maladies endocrines: 3 cas de maladie de Basedow, pas de modifications de la tachycardie et de l'amaigrissement; 1 cas de maladie d'Addison, légère diminution de l'asthénie; 5° maladies de la peau: 68 cas; aucun résultat dans le psoriasis, la dermatite chronique atrophiante et le pityriasis; très bons résultats dans les eczémas même anciens et rebelles à l'autohémothérapie simple, dans les zonas, l'impétigo et les « croûtes de lait »; 6° glomérulo-néphrites après la phase aiguë: 5 cas, amélioration dans un seul cas; à chaque injection d'ailleurs, on note une augmentation transitoire de l'albuminurie et des hématuries; 7° rhumatisme articulaire subaigu et chronique: 15 cas, effets favorables dans presque tous; 8° « hystéro-neurasthénie », 8 bons résultats sur 15 cas; 9° phlegmons chez des sujets âgés: 3 cas; le trajet de l'incision s'est nettoyé et a bourgeonné rapidement.

Le sang irradié doit être injecté immédiatement et les tentatives de conservation en ampoules ne doivent pas être poursuivies.

Lucien Rouquès.

LIPIODOL LAFAY

Huile d'œillette iodée à 40 %
0 gr. 540 d'iode par c. c.

Pour combattre :

ASTHME
ARTERIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISMES
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

AMPOULES, CAPSULES, POMMADE, ÉMULSION, COMPRIMÉS

Pour explorer :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTERUS ET TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCES ET FISTULES

LIPIODOL "F" (fluide)

Ethers éthyliques des acides gras de l'huile d'œillette iodés à 40 %. 0 gr. 520 d'iode par c. c.



Abcès froid exploré au "LIPIODOL"
(Collection Sicard et Forestier)

LABORATOIRES A. GUERBET & Cie 22, Rue du Landy, 22 **PARIS-SAINT-OUEN**

BRONCHOTHÉRAPIE		**ALZINE** *(PILULES : 1 à 5 par jour)*	Asthme, Emphisème Bronchites chroniques Angine de Poitrine
DIUROTHÉRAPIE	Articulaire	**ATOMINE** *(CACHETS : 3 par jour pendant 5 jours avec arrêt de 5 jours et reprendre)*	Arthritisme Lumbago, Sciatiques Rhumatismes Myalgies
	Cardiaque	**DIUROCARDINE** *(CACHETS : 1 à 3 par jour)*	Néphrites Cardites Asystolie Ascites Pneumonies
	Rénale	**DIUROBROMINE** *(CACHETS : 1 à 3 par jour)*	Albuminuries Hépatismes Maladies Infectieuses
	Vésicale	**DIUROCYSTINE** *(CACHETS : 2 à 5 par jour)*	Goutte, Gravelle Uréthrites Cystites Diathèses uriques
PHOSPHOTHÉRAPIE		**LOGAPHOS** *(GOUTTES : 20 gouttes aux 2 repas)*	Psychasthénie Anorexie Désassimilation Impuissance

LABORATOIRES BOIZE ET ALLIOT, 9, avenue Jean-Jaurès — LYON

E. Borsato. ***Un cas d'hirsutisme fœtal*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. **10**, n° 10, Octobre 1936, p. 675-679). — Une quintipare accouche 14 jours avant le terme d'une fille de 2.180 gr., mesurant 47 cm. et dont le placenta pèse 450 gr.; elle est bien conformée et ne présente pas de modifications de la peau et des ongles, pas de pigmentation anormale; mais il existe des cheveux longs et noirs, un duvet épais et brun sur le front, des cils et des sourcils épais, de longs poils noirs sur le rachis et la région sacro-coccygienne, d'autres encore plus longs et d'un noir de corbeau sur les parties latérales des avant-bras et des cuisses; elle meurt le lendemain de la naissance d'une hémoptysie secondaire à un rétrécissement mitral; on vérifie à l'autopsie par la présence du point de Béclard que l'enfant avait bien atteint la deuxième moitié du neuvième mois de la vie intra-utérine; les diverses glandes à sécrétion interne avaient un poids sensiblement normal et les quelques anomalies histologiques observées (absence de colloïde dans le corps thyroïde, petits adénomes de la cortico-surrénale droite) sont fréquentes chez les nouveau-nés. Cet hirsutisme est presque certainement d'origine endocrinienne; comme il n'y a aucun signe histologique chez l'enfant et aucun signe clinique d'altération endocrinienne chez la mère, B. pense que l'on peut admettre, à titre d'hypothèse de travail, que l'hypercorticalisme physiologique chez le fœtus a été dans ce cas accru par une rupture de l'équilibre qui existe normalement entre l'état hormonal de la mère et celui du fœtus.

LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA

(Turin)

G. Luzzato-Fegiz. ***L'action de l'histamine sur les foyers tuberculeux du poumon étudiée radiographiquement*** (*Minerva medica*, année **27**, t. **2**, n° 48, 1er Décembre 1936, p. 524-528). — L. a signalé qu'après injection de 1 milligr. d'histamine, on notait dans 4 cas sur 5 chez les tuberculeux pulmonaires, au niveau des foyers, l'apparition de modifications du murmure vésiculaire ou de bruits surajoutés (crépitants, sous-crépitants, râles bronchiques); des foyers n'ayant que peu ou pas de traduction stéthacoustique deviennent ainsi temporairement accessibles à l'auscultation. Faisant aux malades, sans les changer de place, des téléradiographies avant, puis 3, 6, 8 et 20 minutes après l'injection, L. a remarqué la production de zones plus ou moins étendues de clarté excessive attribuable à un emphysème aigu; on observe parfois aussi l'accentuation de la trame vasculaire, une plus grande netteté de l'ombre des foyers et une meilleure visibilité des aspects en mie de pain. C'est au bronchospasme produit par l'histamine que doivent être attribuées les modifications des signes physiques et des aspects radiographiques.

LUCIEN ROUQUÈS.

F. Mazzini. ***L'hématome sous-dural chronique post-traumatique*** (*Minerva medica*, année **27**, t. **2**, n° 50, 15 Décembre 1936, p. 570-578). — M., après une revue des principaux signes et des lésions de l'hématome sous-dural chronique post-traumatique, rapporte l'observation d'un jeune homme de 19 ans se plaignant depuis Juin d'une céphalée frontale n'empêchant pas le travail; en Août, la céphalée devient brusquement plus intense et 15 jours après, une diplopie apparaît; à l'hôpital, en Septembre, on note une certaine torpeur psychique; l'examen neurologique est négatif en dehors d'une paralysie de la 6e paire gauche; la ponction lombaire donne un liquide légèrement teinté en jaune; la radiographie révèle une décalcification des clinoïdes et de la lame quadrilatère; on trouve une stase papillaire bilatérale; l'encéphalographie montre un refoulement du ventricule latéral droit et du 3e ventricule vers la gauche. Le malade niant tout traumatisme, on porte le diagnostic de tumeur cérébrale; en Novembre, un volet fronto-temporal droit découvre un hématome sous-dural en bissac, dont la partie moyenne, correspondant aux circonvolutions rolandiques, est moins épaisse que les extrémités; l'hématome est enlevé dans les limites de la trépanation, sans écoulement de liquide céphalo-rachidien. Le malade quitte l'hôpital, 20 jours après l'opération, ne souffrant plus et ne présentant plus ni paralysie oculaire, ni stase. Après des interrogatoires répétés, on finit par apprendre que le malade avait livré des combats de boxe en Mai et Juin et que la céphalée avait commencé après l'avant-dernier. Les résultats éloignés de l'intervention ne sont pas indiqués.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Ferrata et E. Storti. ***Sur le diagnostic du myélome multiple par la ponction sternale*** (*Minerva medica*, année **28**, t. **1**, n° 1, 7 Janvier 1937, p. 1-4). — Une femme de 38 ans présente une anémie grave (1.250.000 globules rouges) avec valeur globulaire légèrement augmentée (105 pour 100), sans hématies anormales, sans signes d'hyperhémolyse, avec une légère leucocytose (8.300 globules blancs), sans modifications importantes de la formule leucocytaire; la rate, le foie, les ganglions sont normaux; on ne trouve aucun indice d'une intoxication ou d'une parasitose, pas de signes de cancer. Une ponction sternale donne la formule suivante: hémocytoblastes: 0,4; myéloblastes: 1,3; promyélocytes: 1,2; myélocytes: 10,2; métamyélocytes: 6,3; polynucléaires neutrophiles: 11,2; polynucléaires éosinophiles: 1,2; polynucléaires basophiles: 0,5; mégacariocytes: 0,3; éléments du type plasmacellulaire: 50,3; proérythroblastes: 0,2; érythroblastes basophiles: 2,3; érythroblastes polychromatophiles: 8,2; érythroblastes orthochromatophiles: 5,4. Devant le nombre des éléments plasma-cellulaires et la fréquence de leurs mitoses, F. et S. ont posé le diagnostic de myélome multiple et plus précisément de plasmocytome. La réaction de Bence-Jones a été négative, mais la radiographie du squelette a montré des images typiques de myélome au niveau du crâne, des côtes, des vertèbres et du bassin. Cette observation est la première où un myélome multiple a pu être diagnostiqué à la phase anémique pure, par la ponction du sternum.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. M. Rasario. ***Recherches histo-pathologiques sur le glomus carotidien*** (*Minerva medica*, année **28**, t. **1**, n° 1, 7 Janvier 1937, p. 4-13). — R. a étudié le glomus carotidien chez 55 sujets morts d'affections diverses et l'a trouvé dans tous les cas. Sa constance, son extraordinaire richesse en fibres nerveuses, le fait que les cellules parenchymateuses à noyau foncé sont plus fréquentes chez les adultes et les vieillards que chez les sujets jeunes, démontrent que le glomus n'est pas un organe rudimentaire accessoire. Les lésions du glomus sont presque toujours peu importantes; ce sont surtout des modifications de la partie conjonctive (infiltration parvicellulaire, prolifération conjonctive) qui sont fréquentes dans les affections vasculaires (syphilis, artério-sclérose, athérome); en aucun cas, on n'a trouvé d'altérations nettes des éléments parenchymateux, d'ailleurs difficiles à mettre en évidence en raison de leur polymorphisme normal et de leurs précoces lésions cadavériques; on n'a pas trouvé non plus de modifications des fibres nerveuses terminales intra-glomérulaires; les lésions des faisceaux du plexus périglomérulaire doivent être rapportées surtout aux lésions des fibres du sinus carotidien qui constituent avec celles du glomus un seul nerf, passé le plexus ou aux lésions du tissu conjonctif du glomus. La sclérose sénile ne commence pas avant 60 ans et n'est manifeste qu'après 70 ans; mais des sujets de cet âge ont souvent un glomus bien conservé. Les rapports entre les nerfs du sinus et ceux du glomus font penser que le glomus fait partie du système dépresseur sino-carotidien.

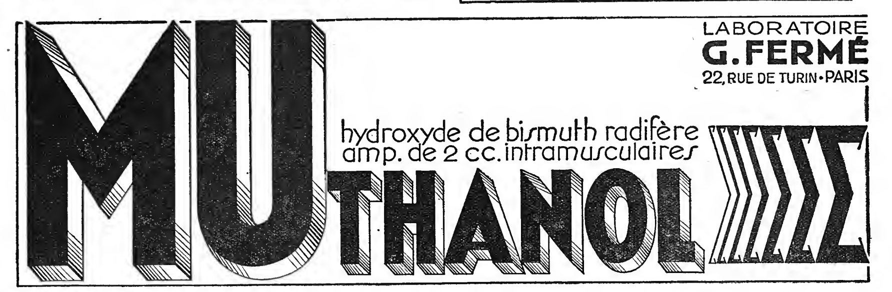
LUCIEN ROUQUÈS.

M. Tinti. ***Rupture spontanée de la rate au cours de la fièvre de Malte*** (*Minerva medica*, année **28**, t. **1**, n° 5, 4 Février 1937, p. 111-116). — Un sujet de 20 ans, vers le 4e ou le 5e jour d'une affection fébrile aiguë que l'hémoculture montrera plus tard être une fièvre de Malte, présente de violentes douleurs de l'hypocondre gauche, un état d'anémie aiguë, des signes d'épanchement intra-péritonéal; la ponction du péritoine ayant ramené du sang, on pratique une laparotomie qui révèle une rupture de la rate, du type des ruptures en deux temps; une amélioration suit d'abord la splénectomie, puis le 4e jour, le malade meurt rapidement en hyperthermie. L'autopsie n'a pas été possible et l'examen de la rate n'a mis en évidence qu'une intense métaplasie myéloïde. Aucun facteur pathogénique ne peut être invoqué pour expliquer cette rupture de la rate qui semble être le premier cas observé dans la fièvre de Malte. T. se demande si dans les ruptures de la rate au cours des infections aiguës, surtout au début de celles-ci, il ne vaudrait pas mieux pratiquer le tamponnement de la rate, la ligature de l'artère splénique ou les deux associés que la splénectomie.

LUCIEN ROUQUÈS.

M. Ortolani. ***L'hémo-ostéopathie de Cooley; considérations cliniques, étiologiques et pathogéniques*** (*Minerva medica*, année **28**, t. **1**, n° 8, 25 Février 1937, p. 191-195). — O. a observé en un an à Bologne 9 cas de maladie de Cooley dont un chez un adulte; le caractère familial était certain dans deux cas, probable dans trois autres; le rôle étiologique du paludisme a paru nul; aucune autre cause n'a pu être mise en évidence et il s'agit probablement d'une malformation congénitale portant sur le système hématopoïétique et le squelette. L'affection se traduit par un état anémique avec tendance mélancolique; le teint est jaune grisâtre; les fonctions gastro-intestinales sont normales; le cœur est augmenté dans tous ses diamètres, avec des bruits de souffle; le foie et la rate sont gros, surtout la rate; les ganglions sont hypertrophiés à une phase avancée; on observe souvent une fièvre irrégulièrement ondulante dont les accès sont rares et peu accusés dans les formes bénignes. L'examen de sang montre une anémie variant de 1 à 3 millions de globules, avec une valeur globulaire aux environs de l'unité, plus souvent au-dessus qu'au-dessous; les hématies granuleuses sont toujours augmentées; la polychromatophilie est d'intensité variable; l'aniso-poïkilocytose est toujours accusée; l'érythroblastose est intense, légère ou même absente; la mégalocytose est fréquente; la leucocytose est constante, plus souvent du type lymphocytique que du type polynucléaire; les éléments monocytoïdes sont toujours augmentés et du type Rieder. Les altérations osseuses sont hypertrophiantes ou raréfiantes; les premières s'observent au niveau du crâne, de la face, des côtes et parfois de quelques os longs comme le fémur; souvent, l'hypertrophie semble précéder la raréfaction; celle-ci peut exister n'importe où, mais surtout sur la partie spongieuse des os; au niveau de la voûte du crâne, on observe soit de minces stries perpendiculaires à la surface dans les cas qui débutent peu après la naissance, soit des petites zones arrondies dans les cas à début tardif; au niveau des autres os, la raréfaction se présente soit sous un aspect micro- ou macro-aréolaire, soit sous celui d'une décalcification diffuse; parfois, on remarque des stries parallèles au niveau de la corticale des os longs. La tête est toujours grosse, les bosses pariétales et frontales saillantes, le nez aplati, les maxillaires hypertrophiés; la physionomie rappelle celle des orientaux.

LUCIEN ROUQUÈS.


LABORATOIRE
G.FERMÉ
22, RUE DE TURIN • PARIS
hydroxyde de bismuth radifère
amp. de 2 cc. intramusculaires
MUTHANOL

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

P. Benedetti. ***Hépatite chronique combinée*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **16**, n° 5, Septembre 1936, p. 425-475). — B. décrit 3 observations d'hépatite chronique combinée qu'il rapproche d'un cas de Reitano. Dans un premier stade qui dure 15 à 20 ans, les malades présentent des troubles hépato-biliaires; dans un second stade, apparaît un syndrome de cirrhose avec ictère et la mort survient en quelques semaines ou en quelques mois par ictère grave ou par hémorragies gastro-intestinales. Histologiquement, on trouve d'une part des lésions typiques de cirrhose type Morgagni-Laennec, d'autre part une sclérose en rapport strict avec une périangiocholite fibreuse intrahépatique partiellement oblitérante, associée à une angiocholite et une cholécystite chronique (dans 3 cas sur 4, il y avait des calculs biliaires). Les deux ordres de lésion sont suivant les points superposés ou séparés; la sclérose biliaire est nettement antérieure à la cirrhose. B. ne croit pas que la cirrhose soit la conséquence de la sclérose biliaire; il estime qu'il s'agit de l'association de deux processus distincts. De tels faits ne rentrent pas dans les diverses classifications des hépatites chroniques, sauf peut-être dans le cadre si mal défini des cirrhoses mixtes de Dieulafoy; B. propose de les dénommer hépatites chroniques combinées. Cliniquement, ce diagnostic peut être porté avec vraisemblance lorsque apparaissent des signes de cirrhose avec syndrome d'hypertension portale chez un ictérique présentant une longue histoire de troubles hépato-biliaires. L'ictère est produit soit par l'obstruction des grosses voies biliaires, soit par l'angiocholite intrahépatique oblitérante, soit par les importantes altérations des cellules hépatiques; ces facteurs s'associent d'ailleurs en général. Dans certains cas, où la splénomégalie est particulièrement accentuée, on peut envisager la possibilité d'une composante splénohémolytique secondaire.

Lucien Rouquès.

E. Tagliabue et **A. Bonizzi.** ***Pathogénie de l'éosinophilie par ponction pleurale*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **16**, n° 5, Septembre 1936, p. 492-508). — La création d'un pneumothorax artificiel est suivie d'une éosinophilie sanguine temporaire; on a pensé qu'elle traduisait une réaction immunitaire de l'organisme ou une excitation de la moelle osseuse consécutive à l'état asphyxique local; mais Soglia a constaté que l'éosinophilie apparaissait après une simple ponction pleurale et a conclu qu'elle était la conséquence de l'excitation des filets nerveux par l'aiguille. T. et B. ont confirmé la constatation de Soglia et précisé d'après 30 cas les rapports qui existent entre l'intensité de l'éosinophilie et le tonus végétatif déterminé par les méthodes de l'atropine et de l'orthostatisme de Daniélopolu. Chez les hyperamphotoniques avec hyperamphotonie prédominant sur le parasympathique, on n'observe pas d'éosinophilie; chez les hyperamphotoniques avec hyperamphotonie prédominant sur le sympathique, on observe une certaine éosinophilie; l'éosinophilie est plus importante lorsque le tonus neuro-végétatif est diminué, surtout lorsque la diminution porte principalement sur le parasympathique. Le type de la tuberculose, l'état général, la température, le temps pendant lequel l'aiguille est laissée en place n'ont aucune action sur l'éosinophilie.

Lucien Rouquès.

L. Alestra. ***Mécanisme et valeur clinique de la réaction de Lange*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. **16**, n° 6, Décembre 1936, p. 566-587). — Après un rappel des principales recherches touchant le mécanisme de la réaction de Lange à l'or colloïdal, A. expose les résultats d'une pratique personnelle de 10 ans portant sur plus de 600 cas. On peut décrire 5 types de réaction: 1° la courbe de la paralysie générale avec précipitation de l'or jusqu'à teinte blanche ou bleu-blanchâtre dans les 4 ou 5 premiers tubes de gauche; 2° la courbe tabétique avec précipitation jusqu'au violet ou au lilas sombre dans les tubes 3, 4 et 5; 3° la courbe de la syphilis cérébrale qui se rapproche de la courbe 2, mais est un peu plus intense (lilas sombre ou bleu) et plus déviée à droite (précipitation dans les tubes 4, 5, 6); 4° la courbe tumorale avec précipitation jusqu'au violet dans les tubes 5, 6, et 7; 5° la courbe méningitique avec précipitation jusqu'au lilas sombre ou au violet dans les tubes 6, 7, 8 et parfois 9. Les liquides xanthochromiques et sanglants peuvent donner une précipitation dans les tubes de droite, même dans le 12e. Dans l'ensemble, les affections syphilitiques donnent une précipitation à gauche, les affections méningitiques plutôt à droite et les tumeurs au milieu. La courbe la plus caractéristique est la courbe 1 qui, dans le plus grand nombre de cas, signe le diagnostic; toutefois, elle peut manquer chez les P. G., surtout chez ceux qui ont été intensément traités par le paludisme ou une autre méthode et dont la précipitation est du type 3 ou très légère; on observe parfois mais rarement la courbe 1 dans la syphilis cérébrale ou méningée, le tabes, la syphilis vasculaire; exceptionnellement, elle existe dans des affections non syphilitiques: sclérose en plaques, abcès cérébral, atrophie optique. La courbe 2 est moins caractéristique; en dehors du tabes, elle s'observe dans les autres types de la neurosyphilis, la sclérose en plaques, les scléroses des cordons latéraux, certaines tumeurs; les mêmes remarques s'appliquent à la courbe 3. La courbe 4 est de toutes la moins caractéristique; elle peut manquer dans les tumeurs et exister dans d'autres affections; elle est souvent peu nette; elle n'a qu'une valeur d'appoint. La courbe 5 est assez caractéristique, jointe à l'examen cyto-chimique du liquide; elle peut manquer dans certaines méningites tuberculeuses ou purulentes ou être atypique; elle est la même dans les diverses méningites, sauf dans la méningite syphilitique où il y a tendance à la déviation à gauche. La réaction de Lange est plus sensible pour le diagnostic de syphilis que la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien; dans 18 cas, elle était positive alors que le Wassermann était douteux dans le liquide et positif dans le sang; très rares sont les cas où le Wassermann est positif dans le liquide et la réaction de Lange négative (5 cas). Il n'y a pas de corrélation étroite entre la teneur en globuline et en sérine du liquide et le type de la réaction; la précipitation de l'or doit être due non seulement à la globuline mais aussi à une protéine qui ne donne pas les réactions de la globuline.

Lucien Rouquès.

RADIOLOGIA MEDICA
(Milan)

Giovanni Paltrinieri. ***Radiobiologie et radiotanathologie*** (*Radiologia Medica*, t. **24**, n° 5, Mai 1937, p. 367-391). — P. expose quelques considérations générales de radiobiologie fondées sur des recherches radiologiques près de la mort, ou immédiatement consécutives, ou plus ou moins longtemps après celle-ci, tant à l'aide de radium que de rayons X.

1° Les recherches pratiquées sur des *agonisants* ont confirmé l'existence d'une action élective des rayons X ou du radium sur la peau, conduisant à une réaction, déjà décrite, sur laquelle P. se basera pour définir l'action caustique, l'action de masse, et la réaction élective.

2° *L'irradiation de cadavres, aussitôt après la mort*, dans les 10 minutes qui suivaient celle-ci, à l'aide de rayons β et γ du radium, a provoqué des altérations cellulaires des cellules de l'épiderme uniformes, mais avec disparition de la réaction élective.

3° *L'irradiation de cadavres plus de 30 minutes après la mort* a provoqué une inversion de la radioréaction se traduisant par une augmentation de volume cellulaire avec un déplacement, soit d'un noyau vers un des côtés de la cellule, soit de la chromatine dans un secteur nucléaire.

L'emploi de rayons X non filtrés, à forte dose (60 H = env. 6.000 r), a montré que, comparées aux réactions précédentes, les réactions étaient très diminuées.

P. a recherché s'il était possible de mettre en évidence éventuellement les radio-lésions latentes cellulaires en favorisant la vie des cellules du cadavre (par exemple en mettant les fragments irradiés par les rayons X dans un liquide isotonique); s'il a pu ainsi constater l'existence d'altérations, il faut cependant remarquer qu'il a pu également relever des altérations de même nature, quoique moins accusées, sur les témoins de contrôle.

Quand l'irradiation, que ce soit par les rayons X ou le radium, a été pratiquée *plus d'une heure après la mort*, les cellules cutanées, aux doses utilisées, n'ont pour ainsi dire pas été influencées; de cette absence de réaction, P. a tiré des déductions en ce qui concerne les hypothèses de l'action des radiations et des réactions cellulaires et affirme que les rayons X, β et γ, sont des agents physiques qui ne sauraient avoir d'action biologique que sur des éléments vivants ou ayant conservé un minimum d'activité métabolique; il en déduit certaines hypothèses en ce qui concerne l'action des radiations au point de vue biologique. Après avoir rapporté les recherches expérimentales qu'il a faites en collaboration avec Galavotti sur des animaux, il expose l'intérêt de ces travaux au point de vue médicolégal, soit en vue d'établir la réalité de la mort, soit, dans certains cas, pour en fixer la date.

Il insiste sur l'importance particulière des rayons β.

Morel-Kahn.

CLUJUL MEDICAL
(Cluj, Roumanie)

P. Chiper et **N. Bumbacesco.** ***Le traitement des hémoptysies tuberculeuses par les injections sous-cutanées d'oxygène*** (*Clujul medical*, t. **18**, n° 2, 1937). — Après avoir passé en revue les moyens classiques pour combattre l'hémoptysie. C. et B. décrivent la méthode de Ravina, Bezanquen et Bibas. Ils rapportent les résultats obtenus sur 21 malades de la clinique médicale de Cluj.

1° Résultats nets et immédiats chez 13 malades: 62 pour 100.

2° Dans 8 cas le résultat fut négatif.

3° Les bons résultats furent obtenus dans tous les cas de tuberculose pulmonaire, *même dans les formes fibreuses.*

4° Sur 8 insuccès, 4 furent des malades qui présentaient un pneumothorax artificiel; peut-être la statique pulmonaire créée par le pneumothorax s'opposait à l'action hémostatique sous-sutanée de l'oxygène.

5° Indifféremment de l'action hémostatique — présente ou non — tous les malades se trouvent fort bien et calmes.

C. et B. recommandent la méthode de Ravina dans tous les cas; on obtient des résultats excellents là où tous les procédés ont échoué.

Henri Krauter.

I. Graur et **P. Radu.** ***Considérations sur un cas de myélose aiguë avec des arthralgies*** (*Clujul médical*, t. **18**, n° 2, 1937). — G. et R., après avoir rappelé les différentes formes de myélose aiguë, relatent un cas de leucémie aiguë à début arthralgique avec une longue période latente et qui n'a été diagnostiqué que pendant la dernière période de l'évolution.

Henri Krauter.


Tophol

ACTA RADIOLOGICA

(Stockholm)

Erik Lysholm. ***Le ventriculogramme ; les ventricules latéraux*** (*Acta Radiologica*, supplément **25**, 1937, p. 199). — En collaboration avec Bertil Ebenius et Hans Sahlstedt, Lysholm, dans cet ouvrage qui constitue la deuxième partie du travail qu'il a consacré à la ventriculographie (et dont la première partie a fait l'objet d'une analyse dans ce journal), étudie 398 cas de tumeurs, ou d'affections pseudo-tumorales, qui intéressaient plus particulièrement les ventricules latéraux.

Ces tumeurs avaient pour origine les hémisphères cérébraux ou leurs méninges, ou la région centrale du cerveau, à l'exception du 3e ventricule ; quelques cas ont été vérifiés par l'intervention ou l'autopsie ; les ventriculographies ont été faites entre 1925 et 1935, dans la majeure partie des cas à l'aide d'air, et dans quelques cas exceptionnels à l'aide de lipiodol ; d'après son expérience, l'air constitue un milieu de contraste satisfaisant, et, à condition cependant que celui-ci puisse pénétrer en quantité suffisante dans le ventricule du côté suspect, il se prête à un diagnostic de localisation.

Les cas décrits ont été choisis de manière à donner une idée aussi exacte que possible de la symptomatologie radiologique des tumeurs cérébrales pouvant se traduire sur le ventriculogramme. En raison des analogies que présentent les ventriculogrammes de tumeurs de même localisation et de la similitude des signes, les auteurs ont groupé les cas, sans que d'ailleurs il existe entre ces groupes des limites nettes, en : tumeurs de la convexité (médianes ou parasagittales comprenant les tumeurs frontales antérieures et postérieures, fronto-pariétales, pariétales et occipitales latérales, y compris les tumeurs de la fosse de Sylvius), tumeurs de la base, temporales y compris (c'est-à-dire sous-frontales, sus- et intra-sellaires, temporales antérieures et postérieures), tumeurs centrales (du corps strié, du thalamus et des régions voisines), tumeurs intra-ventriculaires, tumeurs ayant leur origine dans le septum lucidum et le corps calleux.

Après un exposé général des aspects que permet de constater l'examen radiologique, L. consacre la plus grande partie de cet ouvrage à rapporter brièvement les observations cliniques de ces différentes tumeurs qu'il a examinées et les données de la ventriculographie; de nombreuses radiographies expliquées par de clairs schémas illustrent la description de chacun des cas et constituent ainsi un remarquable atlas.

Morel-Kahn.

NORDISK MEDISINSK TIDSSKRIFT

(Stockholm)

Torfinn Denstad. ***La tolérance au galactose dans l'enfance*** (*Nordisk medisinsk tidsskrift*, t. **13**, n° 15, 10 Avril 1937, p. 573-574). — Bien que la variabilité individuelle au glucose dans l'enfance soit très grande, cet examen donne des renseignements utiles, quand on donne 50 gr. comme chez les adultes.

Les investigations sur la tolérance au galactose sont beaucoup plus rares, mais tendaient à montrer jusqu'ici que la tolérance des enfants est plus grande que celle des adultes, telle qu'une excrétion plus grande que 0 gr. 5 après 20 gr., et plus grande que 3 gr. après 40 gr. doit être considérée comme pathologique, même dans les premières années.

Les examens de D., qui portent sur 18 enfants âgés de 3 à 14 ans, ne confirment pas l'opinion généralement admise. Il considère que, chez des enfants âgés de 13 ans, on peut trouver une excrétion supérieure à 3 gr. après 40 gr. et après 20 gr. il trouve le plus souvent une excrétion supérieure à 5 gr., les enfants ne montrant aucun signe de maladie du foie.

J.-H. Vogt.

O. Scheel. ***La réaction cutanée a la tuberculine comparée aux thoracogrammes*** (*Nordisk medisink tidsskrift*, t. **13**, n° 20, 15 Mai 1937, p. 761-763). — Les auteurs donnent des précisions différentes sur la manière à laquelle il faut juger une réaction de Pirquet douteuse. En Norvège et en France, la réaction de Pirquet est habituellement dite positive quand l'induration dépasse 2 mm. après 48 heures, et la réaction de Mantoux quand l'induration dépasse 10 mm. Il y a ainsi pour la réaction de Pirquet une zone douteuse de 0 à 2 mm. La seule manière de décider de sa nature est d'examiner ces sujets aux rayons X.

S. a fait ainsi avec 1.697 étudiants au dispensaire de l'Université d'Oslo. 851 avaient une réaction négative dont 266 appartenaient à la zone douteuse. 846 avaient une réaction positive dont 81 négative au premier examen, 40 avaient une réaction de 2 mm. seulement et 61 de 3 mm.

Le résultat de l'examen aux rayons X est que seules les infiltrations calcaires peuvent être considérées comme signe d'une infection tuberculeuse de l'individu, à part les cas exceptionnels où le dépôt calcaire est dû par exemple à une ancienne embolie. Il n'y a une augmentation marquée de la fréquence de ces infiltrations que chez les individus dont la réaction à la tuberculine excède 3 mm. S. conclut que seule une réaction de Pirquet qui dépasse 2 ou 3 mm. peut être dite positive.

J.-H. Vogt.

Ulf Gad. ***Sur la valeur diagnostique de l'examen bactériologique après lavage de l'estomac chez des adultes sans signes radiologiques de tuberculose*** (*Nordisk medisinsk tidsskrift*, t. **13**, n° 21, 22 Mai 1937, p. 815-818). — Cette méthode diagnostique a une valeur incontestable chez les enfants. Chez les adultes, il semble qu'elle devient de plus en plus intéressante. G. a étudié le résultat de l'examen de 271 malades, n'ayant pas d'expectoration ou de bacilles de Koch dans les crachats.

A l'examen radiologique, ils avaient tous des poumons normaux. Cependant, tous étaient pour une cause ou pour une autre suspects de tuberculose. Chez 12,5 pour 100 l'examen de l'eau de lavage de l'estomac a donné un résultat positif.

J.-H. Vogt.

REVUE DES JOURNAUX

ANESTHÉSIE ET ANALGÉSIE

(Paris)

L.-G. Amiot (Paris). ***L'anesthésie par le cyclopropane*** (*Anesthésie et Analgésie*, t. **3**, n° 2, Avril 1937, p. 195-217). — Le cyclopropane (C_3H_6) isolé du propylène par Lucas et Henderson est un gaz qu'on trouve à l'état naturel avec le pétrole et qu'on peut préparer en partant du propane.

De tous les gaz employés en anesthésie, c'est l'un des plus puissamment actifs.

La narcose est obtenue rapidement; elle est entretenue à l'aide d'un mélange contenant 85 à 93 pour 100 d'oxygène pour 15 à 7 pour 100 de cyclopropane. Le malade reste donc particulièrement rose et l'anoxie n'est pas à craindre, avantage capital.

L'élimination du cyclopropane est presque aussi rapide que celle du protoxyde d'azote, leurs points d'ébullition étant très voisins.

Le cyclopropane ne lèse ni le rein ni l'appareil respiratoire (pas de mucosités), il augmente légèrement puis abaisse faiblement la pression artérielle (ce qui permet de l'employer sans danger chez les hypertendus); il ralentit légèrement le pouls et, à fortes doses, il provoquerait des extra-systoles.

La résolution musculaire obtenue est satisfaisante.

Généralement on constate une nausée au réveil et parfois quelques autres dans les heures qui suivent.

Le cyclopropane est spécialement indiqué pour la chirurgie des diabétiques, pour les opérations sur le poumon et sur les voies biliaires et pour la césarienne. Il donne de bons résultats en chirurgie infantile et pour les opérations sur le corps thyroïde.

Il n'existe pas de contre-indications absolues; mais il est préférable de ne pas l'employer chez les cardiaques et chez les déficients cardio-vasculaires.

Le prix de revient du cyclopropane est élevé, mais on n'en emploie qu'une quantité minime et les appareils modernes, à circuit fermé, permettent de l'économiser.

Ce gaz forme avec l'air et plus encore avec l'oxygène des mélanges explosifs. Grâce à quelques précautions simples on peut remédier à cet inconvénient.

Ce qui fait, en somme, l'intérêt de ce gaz anesthésique puissant c'est que, présentant les mêmes avantages que le protoxyde d'azote, il procure une meilleure résolution musculaire que lui et que, s'administrant avec une forte proportion d'oxygène, il n'entraîne pas d'anoxie.

G. Jacquot.

JOURNAL DE CHIRURGIE

(Paris)

Clovis Vincent, M. David et **H. Askenazy.** ***Sur une méthode de traitement des abcès subaigus et chroniques des hémisphères cérébraux. Large décompression, puis ablation en masse avec drainage, ou ablation en masse sans drainage*** (*Journal de Chirurgie*, vol. 49, n° 1, Janvier 1937, p. 1 à 46). — Les abcès du cerveau peuvent se présenter au chirurgien sous trois formes: aiguë, subaiguë, chronique d'emblée.

Les abcès aigus sont caractérisés par l'œdème massif d'un lobe cérébral entier, la quantité de pus collecté, s'il y en a, restant insignifiante; la mort rapide qu'ils entraînent est le fait de l'action simultanée de l'infection et de l'hypertension due à l'œdème. V. et ses collaborateurs ne parlent pas de leur traitement chirurgical, voué à l'échec, mais ils se proposent d'indiquer ultérieurement les moyens de parer à cette infection et à cet œdème massif et extensif.

Les abcès subaigus et, parmi eux, ceux à *évolution chronique secondaire* (à l'exception de ceux qui communiquent avec les cavités ventriculaires ou arachnoïdiennes, dont il n'est pas question), formés d'une collection purulente autour de laquelle se développe une coque qui les isole du parenchyme cérébral, non ou faiblement accompagnés d'œdème environnant, peuvent, au contraire, être opérés, et c'est à un nouveau mode de leur traitement chirurgical qu'est consacré ce mémoire.

Le traitement habituel consiste en ponctions répétées ou en incisions suivies de drainage. V. et ses collaborateurs montrent ses dangers et préconisent la méthode suivante: ablation en masse de l'abcès et de sa coque, suture de la dure-mère, pas de drainage. Si l'état du malade ne permet pas cette cure radicale, si l'épaisseur et la résistance de la coque, qui contient et isole l'abcès, sont encore insuffisantes, alors, décompression par large volet, sans ouverture de la dure-mère, et par ponctions répétées; puis, au moment opportun, ablation en masse sans drainage. Telle est la ligne de conduite qui a permis de guérir 5 malades dont on lira avec un vif intérêt les observations rapportées avec tous leurs détails cliniques, radiographiques et opératoires. Ces observations sont divisées en 2 groupes:

Celles du *Ier groupe*, au nombre de 3, sont celles de malades traités en deux temps: décompression préalable puis ablation. La malade de l'observation I est la première chez qui on ait enlevé délibérément, d'une seule pièce et sans l'ouvrir, un abcès subaigu du cerveau (7 Janvier 1935).

On peut dire émouvante la lecture de l'observation III, qui nous permet de suivre, après sinusite et ostéomyélite frontales, l'évolution de 2 abcès du cerveau et les diverses phases de leur traitement: décompression par volet et par 6 ponctions, première opération permettant l'ablation d'un abcès et en laissant un second plus profond; seconde opération réussissant l'ablation en masse sans drainage de l'abcès récidivé après l'ablation et de l'abcès profond primitivement respecté. Les considérations importantes tirées de cette longue observation portent sur l'évolution de l'abcès qui a pu être suivie comme expérimentalement au cours de sa récidive après ablation, sur l'action efficace des ponctions, sur la guérison sans drainage de la cavité restante favorisée par le dépôt de lames de fascia et de muscle dans le but de l'isoler des espaces méningés et ventriculaires.

Les observations du *IIe groupe*, au nombre de 2, sont celles de malades, ayant eu des *abcès subaigus prolongés* et traités en un temps par l'énucléation sans drainage. La prolongation d'évolution qui a permis l'enkystement complet et par suite la cure radicale de l'abcès a été rendue possible chez la première malade par une disjonction spontanée des sutures jouant le rôle de l'opération décompressive préalable des cas du groupe précédent, et, chez le second, par l'existence d'une longue période latente étendue des signes de réaction méningée d'origine otique du début (10 Février) à ceux d'abcès temporal imposant l'intervention (16 Août).

Les abcès chroniques d'emblée forment un dernier groupe dont l'étude, avec celle des causes d'échecs, doit faire l'objet d'un mémoire ultérieur.

P. Grisel.

F. Dévé. ***L'échinococcose secondaire de la plèvre*** (*Journal de Chirurgie*, t. **49**, n° 4, Avril 1937, p. 497-535). — Cet important mémoire est consacré à l'étude, encore jamais faite, des caractères que présente au niveau de la plèvre l'*échinococcose secondaire des séreuses* que D. a décrite dans sa thèse (1901) et dont il a déjà fixé les caractères pathogéniques, anatomiques et cliniques pour le péritoine.

L'échinococcose secondaire pleurale étudiée est uniquement celle due à la rupture d'un kyste hydatique fertile du voisinage dans la cavité pleurale et à l'ensemencement des germes macroscopiques (hydatides) ou microscopiques (scolex) ainsi projetés. Sont éliminés tous les cas où il n'y a que saillie intra-pleurale d'un kyste développé dans un organe voisin: la chute dans la cavité pleurale d'une vessie-mère intacte, énucléée de son adventice, constituerait non pas une échinococcose secondaire, mais une échinococcose primitive hétérotopique.

C'est une affection rare, représentée par 19 observations. La rupture intra-pleurale du kyste, soit pulmonaire (11 cas), soit hépatique (5 cas), soit splénique (1 cas), soit rénal (1 cas), soit costal (1 cas), est le plus souvent spontanée, exceptionnellement traumatique (Costantini), rarement provoquée (par une ponction soit vérificatrice, soit exploratrice), enfin, post-opératoire (5 cas). Cette rareté de l'infestation malgré le nombre relativement élevé des observations connues de rupture intra-pleurale des kystes hydatiques du poumon (104 cas) ou du foie (104 cas) s'explique par l'état d'infection des kystes qui se rompent et par l'infection consécutive elle-même de la plèvre.

Pratiquement toujours multiple, elle est toujours unilatérale et siège le plus souvent à droite, par suite de la rupture d'un kyste univésiculaire pulmonaire droit ou hépatique. Le sable hydatique ainsi semé donne naissance à deux types distincts de lésions:

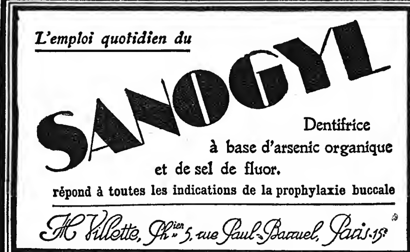
1° *La greffe hydatique pleurale.* — Forme typique, constituée par des kystes univésiculaires multiples, isolés ou conglomérés, à siège sous-endothélial, occupant de préférence la base, mais aussi les parois costale, médiastinale, viscérale, scissurale de la cavité pleurale.

2° *L'hydatido-thorax.* — Forme non encore individualisée , où les vésicules nées des germes disséminés dans la plèvre « peuvent poursuivre leur évolution sous forme de *collection vésiculaire* contenue dans une cavité pleurale aux parois chroniquement épaissies ». Cette disposition, homologue de celle des hydatido-péritoines (Dévé, 1928), se présente sous deux aspects: *l'hydatido-pyo-pneumothorax* et *l'hydatido-thorax*, soit *pur*, soit *suppuré*.

A ces lésions, peuvent s'en associer d'autres dues à l'involution d'une partie des germes ensemencés et qui aboutissent à la formation d'un semis de granulations constituant la *pseudo-tuberculose hydatique de la plèvre*.

L'échinococcose secondaire pleurale a été observée en pathologie comparée et reproduite expérimentalement par Dévé.

Ses symptômes et son évolution doivent être recherchés en se rapportant « par symétrie » au tableau que D. a tracé de l'échinococcose secon-


L'emploi quotidien du
SANOGYL
Dentifrice
à base d'arsenic organique
et de sel de fluor.
répond à toutes les indications de la prophylaxie buccale
H. Villette, Phien, 5, rue Paul-Barruel, Paris-15e

daire du péritoine : phase cataclysmique initiale répondant à la rupture; phase de germination latente avec ses manifestations pleuro-pulmonaires; phase d'état; phase des complications. A signaler la tendance des kystes à *l'extériorisation* qui amène les kystes para-médiastinaux à se rompre dans les bronches (5 cas) et les kystes pariétaux, même non infectés, à traverser l'espace intercostal (5 cas) pour faire saillie à la surface du thorax.

Le diagnostic dépend surtout des caractères particuliers des radiographies. Elles montrent des ombres arrondies multiples, périphériques, unilatérales; en « lâcher de ballons »; signes qui peuvent permettre, le caractère échinococcique des lésions reconnu, d'établir leur variété pathogénique, car elles peuvent ressortir : à une échinococcose pulmonaire primitive multiple, à une échinococcose pulmonaire métastatique; à une échinococcose secondaire bronchogénétique, à une échinococcose pleurale secondaire, ici étudiée.

Le traitement doit être prophylactique au cours de l'opération des kystes du poumon ou de la convexité du foie; il est à ce point de vue regrettable que la stérilisation par formolage préalable doive être proscrite comme dangereuse pour les kystes du poumon.

Les kystes secondaires, une fois développés, seront traités suivant leur volume et leur siège par la suture sans drainage après formolage et évacuation, ou même, lorsqu'ils sont de petit volume, par l'abandon après stérilisation formolée. L'ablation massive du kyste et de son adventice est un idéal chirurgical qui ne pourra être que difficilement atteint et qui n'est pas à rechercher.

P. Grisel.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

G. Marion. ***De l'ensablement du bassinet ou de l'uretère*** (*Journal d'Urologie*, t. 43, n° 4, Avril 1937, p. 297-303). — Une boue lithiasique (oxalates, phosphates, urates) peut ensabler le bassinet ou l'uretère et provoquer des accidents mécaniques comparables à ceux que donnerait un calcul compact.

Tantôt ce sable urinaire est invisible sur la radiographie, tantôt il y dessine la silhouette d'un segment urétéral, tantôt il simule fidèlement un calcul coralliforme du bassinet, à cela près que ses contours sont moins nets que ceux d'un véritable calcul.

M. a observé 5 fois cet « ensablement » des voies urinaires : dans 2 cas, ce sable provoqua une crise d'anurie; dans 2 cas, il simula un calcul coralliforme à la place duquel, lors de la pyélotomie, on ne trouva que de la boue lithiasique; dans 1 cas, l'ensablement marchait de pair avec une dilatation pyélique et une pyurie abondante.

La thérapeutique exigée par ces ensablements est celle des véritables calculs : sondage urétéral en cas d'anurie; pyélotomie en cas d'ensablement du bassinet : un lavage énergique est nécessaire pour débarrasser le bassinet et les calices du sable qu'ils contiennent.

G. Wolfromm.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Lemerle et **Maleplate.** ***Recherches sur les kystes péricoronaires, accidents locaux liés à l'éruption des dents*** (*Revue de stomatologie*, t. 39, n° 6, Juin 1937, p. 417-425). — L. et M. apportent une contribution intéressante à l'étude des kystes dits coronodentaires, ou dentifères, dont la pathogénie est encore sujette à discussion. Ils décrivent : 1° *des kystes péricoronaires liés à l'éruption de dents temporaires* (4 cas sur 29) parfois multiples, formant une tuméfaction rénitente, indolore, recouverte par une muqueuse, lie de vin. Il s'agit d'une péricoronarite kystique, par infection atténuée, se produisant par voie gubernaculaire; 2° *des kystes péricoronaires liés à l'éruption d'une dent permanente avec persistance de la dent temporaire correspondante* (20 cas sur 29), l'infection atténuée du sac péricoronaire de la dent permanente se faisant par une infection périapicale succédant à une gangrène pulpaire de la molaire de lait; 3° *des kystes liés à l'éruption d'une dent permanente, la dent temporaire ayant disparu* (5 cas sur 29).

La poche est adhérente, résistante, comme insérée au collet de la dent dont la couronne fait saillie au fond de la cavité. La dent est mobile. Il y a identité entre les caractères de l'épithélium que l'on trouve au niveau de ces kystes et celui qui est décrit par les classiques comme formant la lame dentaire et le *gubernaculum dentis.* « Le liquide retiré par ponction contient de la cholestérine et des lipides au même titre que celui des kystes radiculaires. »

L'intervention, très simple, consiste en l'ablation superficielle de la poche kystique et conservation de la dent aux dépens du sac péricoronaire de laquelle s'est faite le kyste.

L. et M. ajoutent n'avoir jamais observé de kystes radiculaires sur des dents temporaires, ni de kystes péricoronaires engendrés par des molaires permanentes.

C. Ruppe.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

Heesen. ***Tuberculose pulmonaire et tuberculose extra-pulmonaire concomitante*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 77, n°s 5-6, 1937, p. 367-371). — H. critique d'abord les nombreux travaux publiés sur cette question et qui, d'après lui, négligent trop les caractères de la tuberculose pulmonaire, et il s'est attaché à mettre en évidence ces caractères dans son travail.

Il a constaté dans son sanatorium que le pourcentage de tuberculose extra-pulmonaire, en moyenne de 12,2 pour 100 pour la période 1928-1936, tendait à augmenter dans les dernières années de cette période, atteignant même, en 1936, 22,4 pour 100. Cette augmentation serait due pour H. en partie au fait que les statistiques sont plus précises sur ce point.

Sur les 538 malades porteurs d'une tuberculose extra-pulmonaire, 70 pour 100 étaient atteints d'une tuberculose pulmonaire active.

En ce qui concerne les rapports entre la tuberculose pulmonaire active et la tuberculose extra-pulmonaire, le fait le plus frappant était le grand nombre de bacilloses ganglionnaires.

Enfin l'évolution de la tuberculose pulmonaire était variable mais dans l'ensemble plutôt favorable. Il n'y avait pas de parallélisme entre l'évolution de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculose extra-pulmonaire.

G. Basch.

Balanescu et **Derin.** ***Fonction hépatique et importance de son étude dans la tuberculose*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. 77, n°s 5-6, 1937, p. 372-376). — B. et D. préconisent, pour l'étude de la valeur fonctionnelle du foie, l'épreuve de la galactosurie alimentaire, mais pratiquée avec leur technique personnelle ; ils estiment que cette technique a l'avantage d'être plus simple, plus courte et de donner des résultats plus sûrs, établissant le seuil d'élimination du galactose en fonction du poids du corps. Selon eux, l'administration de galactose à raison de 0 gr. 50 par kilogr. n'entraîne une galactosurie que si la fonction hépatique est lésée, et cette galactosurie est mise en évidence en comparant l'action réductrice des urines émises pendant les deux heures qui suivent l'ingestion à jeun de galactose sur une solution de Mno^{4}K à l'action réductrice des urines de la nuit précédente sur une solution identique. Si la fonction hépatique est intacte, les urines de la nuit, plus concentrées, contenant plus de corps réducteurs, le volume de Mno^{4}K réduit par elles est supérieur à celui que réduiront les urines émises après le repas d'épreuve. Si la fonction est troublée, et qu'il y ait galactosurie, le résultat est inverse.

Chez les tuberculeux, l'étude de la fonction hépatique a un gros intérêt au point de vue de la mise en œuvre de l'aurothérapie. Celle-ci ne détermine pas à elle seule de troubles de la fonction hépatique, mais aggrave tous troubles préexistants, même latents et mis en évidence seulement par la méthode de B. et D. dont ces auteurs conseillent l'emploi avant toute thérapeutique par les sels d'or.

G. Basch.

REVISTA SUD-AMERICANA DE ENDOCRINOLOGIA, INMUNOLOGIA Y QUIMIOTERAPIA
(Buenos-Aires)

I. Peragallo et **R. Scuti.** ***Observations cliniques et recherches expérimentales sur le traitement par le bactériophage des infections typhiques*** (*Revista sud-americana de endocrinologia, inmunologia y quimioterapia*, t. 20, n° 1, 15 Janvier 1937, p. 3-13). — P. et S. ont traité 11 cas de fièvre typhoïde par le bactériophage; lorsque le principe lytique existait dans les selles (4 cas), on l'isolait et on l'exaltait avec le bacille obtenu par l'hémoculture; lorsqu'il n'existait pas, on utilisait un bactériophage standard; le malade recevait une injection intramusculaire de 2 cmc de filtrat et en absorbait 10 le lendemain par voie buccale. Dans la plupart des cas, le traitement a produit une chute de la température, une amélioration de l'état général et la durée de la maladie a été abrégée; dans un cas seulement, le résultat a été nul et, dans un autre, il a fallu faire une deuxième injection, trois jours après la première. Les injections ont provoqué une élévation transitoire de température, dépassant peu un degré, sans conséquences fâcheuses, et une légère douleur locale. Les résultats ont été d'autant meilleurs que le traitement a été entrepris plus précocement. A côté de l'action lytique *in vivo* difficile à démontrer, le bactériophage agit à la manière d'un vaccin en accélérant l'apparition du pouvoir bactéricide et des opsonines.

Lucien Rouquès.

I. Peragallo. ***Recherches sur la possibilité de cultiver le virus variolique sur les membranes chorio-allantoïdiennes du poulet et sur la préparation et l'emploi dans la pratique de la vaccination d'un vaccin dérivé de ce matériel*** (*Revista sud-americana de endocrinologia, inmunologia y quimioterapia*, t. 20, n° 1, 15 Janvier 1937, p. 14-26). — Le problème de la culture du virus variolique a une importance capitale pour obtenir un vaccin débarrassé des micro-organismes qui souillent généralement la pulpe vaccinale. Goodpasture et Woodroff, en 1932, ont proposé de cultiver le virus sur la membrane chorio-allantoïdienne en l'inoculant dans des œufs au 12e jour de l'incubation; à la 56e heure, les membranes de l'œuf présentent un point opaque; à la 80e heure, on constate la présence de petites vésicules jaunes; le lendemain, apparaissent des pustules; les membranes sont broyées et conservées dans une solution glycérinée. P. a vérifié l'exactitude des faits annoncés par ces auteurs et constaté que l'on pouvait ainsi cultiver en série le virus à l'état de pureté; au 20e passage, il conserve toutes ses caractéristiques. Le virus est tout à fait comparable à celui du cow-pox; il se comporte comme lui vis-à-vis

des anti-sérums et donne par inoculation à la cornée du lapin les mêmes lésions avec les mêmes corpuscules de Guarnieri; le virus cultivé sur les membranes conserve son caractère ectodermique; chez l'homme, il ne produit ni hémorragies, ni nécrose, ni généralisation et les pustules sont les mêmes qu'avec le cow-pox, mais la réaction générale est moins intense; la revaccination, croisée après 6 ou 7 semaines, montre que le virus de membrane immunise contre le virus du cow-pox et inversement; l'immunité existe encore au bout de deux ans.

LUCIEN ROUQUÈS.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

David. ***L'apparition de la tularémie en Autriche*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 14, 9 Avril 1937, p. 459-462). — A l'occasion de quelques cas de tularémie observés à Vienne de 1935 à 1937, D. fait une petite revue générale des notions acquises actuellement sur la tularémie : affection atteignant avant tout les rongeurs, déterminée par le bacille *tularense* (apparenté aux microorganismes des pasteurelloses), et pouvant se transmettre à l'homme soit directement, soit par l'intermédiaire d'animaux vecteurs, tiques ou mouches ; la contamination peut également se faire par absorption de lièvre ou lapin malades, par morsure ou griffure de chat porteur de germes ; enfin, D. signale le cas d'une malade dont le métier comportait la manipulation de boyaux de mouton séchés et salés, animal réceptif à la tularémie. Malgré le haut pouvoir infectieux du bacille *tularense*, qui oblige à de grandes précautions au laboratoire dans la manipulation des animaux infectés et des cultures, la tularémie n'est pas contagieuse d'homme à homme.

Les formes cliniques de la maladie sont nombreuses et dépendent en partie de la porte d'entrée: si celle-ci est cutanée, on observe des formes ulcéro-ganglionnaires simples, typhiques, suivant que les phénomènes locaux, glandulaires ou généraux prédominent ; si l'infection se fait par voie oculaire, on observe une conjonctivite de Parinaud.

Sauf dans les formes oculaires, le microbe n'est qu'exceptionnellement retrouvé à l'examen direct du sang ou des sérosités extraits par ponction de ganglions ou de la rate. Il faut pratiquer l'inoculation au cobaye ou à la souris. Mais la méthode de choix pour le diagnostic est la séro-agglutination spécifique qui reste positive des dizaines d'années. D'après D., elle débuterait le 8e jour de la maladie et serait à son maximum entre la 4e et la 8e semaine. D. a fait le séro-diagnostic chez 192 sujets et a eu 96 résultats positifs. L'agglutination peut être considérée comme spécifique si elle est complète pour une dilution du sérum à 1/20 ; elle est positive aux environs du 8e jour et atteint son maximum entre la 4e et la 8e semaine.

G. BASCH.

Hamburger. ***Formes oculaires de la tularémie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 14, 9 Avril 1937, p. 462-463). — C'est la conjonctivite de Parinaud, décrite par cet auteur en 1889 et consistant en petites ulcérations de la conjonctive s'accompagnant d'une grosse et caractéristique participation du tissu lymphoïde de la région ; on ne peut la confondre qu'avec certaines formes rarissimes de tuberculose. Le 1er cas observé en Autriche le fut en 1917. Ce n'est qu'en 1935 qu'on en observe à nouveau et que la preuve biologique peut être faite. Cette forme oculo-ganglionnaire a d'ailleurs été assez rare au cours de la dernière épidémie, ne dépassant pas, croit H., la proportion de 4 pour 60. Peut-être cela tient-il à ce qu'actuellement les formes générales sont bien connues et diagnostiquées.

G. BASCH.

Groag. ***Essai de traitement d'un cas d'ictère hémolytique par des irradiations de la rate au moyen des ondes courtes*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 15, 16 Avril 1937, p. 502-505). — Il s'agit d'une femme de 24 ans atteinte d'ictère hémolytique et chez laquelle on pratiqua, à raison de 5 à 6 par semaine, des séances d'irradiation de la rate d'une durée de 15 à 20 minutes à l'aide d'ondes courtes. On put concevoir l'espérance que ce traitement aurait une action au moins symptomatique, car après la 10e séance on constatait une diminution du taux de la bilirubine dans le sang. Ce phénomène ne persista malheureusement pas et malgré la continuation des irradiations, le taux de la bilirubine du sang passa de 24 à 50 milligr. par litre.

G. BASCH.

Freudenberg. ***L'utilisation des vitamines B_1 et B_2 au cours du traitement de la schizophrénie par le choc insulinique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 16, 23 Avril 1937, p. 535-536). — Le danger de la thérapeutique par le choc insulinique est que dans certaines conditions assez rares (coma trop prolongé, choc répété un grand nombre de fois), la réversibilité du phénomène disparaisse. Chez des malades déjà soumis plusieurs fois au même traitement et chez lesquels le coma, au lieu de céder comme d'habitude aussitôt après l'administration de sucre par voies gastrique et intra-veineuse, tend à se prolonger de façon inquiétante, F. est parvenu à l'interrompre par administration de vitamines B_1 sans qu'il soit même nécessaire d'y adjoindre une solution sucrée.

F. s'est fondé sur certains travaux récents montrant l'action de la vitamine B sur le métabolisme des hydrates de carbone et certains phénomènes de ralentissement des échanges observés parallèlement dans l'avitaminose B et dans l'hyperinsulinisme.

G. BASCH.

Amreich. ***Troubles mentaux post-opératoires*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. **50**, n° 20, 22 Mai 1937, p. 674-679). — A. relate 5 observations de psychoses survenues à la suite d'une intervention chirurgicale. La 1re concerne une femme de 50 ans, fille d'épileptique, ayant déjà subi 2 opérations et qui, 5 semaines après une hystérectomie totale sans complication pour néo utérin, fit une crise de mélancolie anxieuse qui se prolongea pendant près d'un an puis guérit. Dans le 2e cas, ce fut également après une castration pour néo étendu chez une femme de 49 ans, avec suites opératoires compliquées d'une cystite, que survint un délire aigu qui aurait entraîné la mort 18 jours après l'intervention ; la 3e malade, opérée d'une péritonite consécutive à un abcès appendiculaire, présenta au bout de 14 jours une psychose avec désorientation et hallucination qui guérit au bout d'un mois environ, après un traitement anti-infectieux (?).

Alors que, pour A., dans le 1er cas il s'agit d'une psychose préexistant sans doute à l'état latent (facteur héréditaire) et déclenchée par l'opération, les 2 autres, ainsi qu'un 4e analogue feraient plutôt partie de psychoses d'origine infectieuse. L'influence de la castration doit aussi être envisagée.

G. BASCH.

ARCHIVES FRANCO-BELGES DE CHIRURGIE (Bruxelles)

J. Moreau et L. De Walsche. ***Tuberculose de la thyroïde et des surrénales dans le syndrome pâleur-hyperthermie*** [*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, an. **34**, nos 7 à 12, Juillet-Décembre 1934 (paru en 1937), p. 371-393]. — Une petite fille de 3 ans, après une bronchite, il y a 6 mois, commence un mal de Pott. Un corset plâtré est mal supporté et l'enfant est présentée à M. et De W. le 3 Avril 1931. L'enfant atteinte d'un mal de Pott, avec gibbosité des 7e et 8e dorsales, est admise le 1er Juin 1931 et, dès le lendemain, on lui fait une greffe d'Albee. La durée, les difficultés de l'opération ne sont pas indiquées; il est seulement dit qu'elle est terminée à 11 h. 30. Injection intra-musculaire de 300 gr. de sérum. Le soir, bon pouls, température 38°7. Le lendemain pâleur de la face, température à 40°2, pouls incomptable et petit. Décès à 14 heures. A l'autopsie, pas de lésions pulmonaires bacillaires; un abcès prévertébral répondant au foyer pottique et contenant 5,3 cmc de pus crémeux; ganglions suppurés du hile. Thymus d'aspect normal, pesant 9 gr. A l'examen histologique fusion des couches corticale et médullaire, envahissement total par les thymocytes, augmentation de volume des corps de Hassal. Corps thyroïde volumineux contenant dans son pôle supérieur gauche des masses tuberculeuses, histologiquement vérifiées, et présentant une infiltration tuberculeuse moins évoluée du lobe droit.

Les deux surrénales sont cavitaires, la médullaire presque inexistante est remplacée par du tissu fibreux infiltré de leucocytes.

Les glandes endocrines atteintes par la tuberculose sont précisément celles qui sont susceptibles de produire des symptômes analogues à ceux du syndrome pâleur-hyperthermie. M. et De W. fort toutefois observer qu'il ne faut pas pousser trop loin cette concordance entre les lésions glandulaires observées et le syndrome pâleur-hyperthermie, car les lésions tuberculeuses glandulaires étaient essentiellement chroniques « et l'on ne saisit pas très bien le mécanisme qui les a fait passer du stade torpide à une crise d'hyperfonctionnement paroxystique ».

Le rôle de l'opération elle-même n'est pas envisagé.

P. GRISEL.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

R. C. Tilghman et M. Finland. ***Signification clinique de la bactériémie dans la pneumonie à pneumocoques*** (*Archives of internal Medicine*, t. **59**, n° 4, Avril 1937, p. 602-620). — T. et F. analysent une série de 1.586 cas consécutifs de pneumonie à pneumocoques dus aux types I à XXXII, dans lesquels la culture du sang a été faite durant la vie ou à l'autopsie et ils comparent la fréquence de la bactériémie au taux de mortalité.

Pour chaque type de pneumocoque ce taux dans les cas où l'hémoculture fut positive se montra deux fois plus élevé ou davantage que lorsque l'hémoculture fut stérile. Si l'on envisage tous les types ensemble, le taux de mortalité est trois fois plus élevé au cas d'hémoculture positive. Des cultures positives furent obtenues dans un peu plus du tiers des cas. La fréquence de la bactériémie varia largement selon le type en cause et fut maxima pour les pneumonies dues au type II.

Le taux de mortalité croît avec l'âge des patients, qu'il y ait bactériémie ou non et quel que soit le type de pneumocoque.

La mortalité est bien plus forte pour tous les types de pneumocoque dans la bronchopneumonie que dans la pneumonie lobaire, qu'il y ait ou non bactériémie ; celle-ci est moins fréquente d'ailleurs dans la bronchopneumonie. Le taux élevé de la mortalité tient à ce que fréquemment la bronchopneumonie survient à titre de complication ou d'issue d'autres états graves.

Le taux de mortalité fut plus élevé dans les cas présentant un envahissement pulmonaire plus étendu, qu'il y ait ou non bactériémie et quel que soit l'âge. La bactériémie fut bien plus fréquente dans les cas où les lésions portaient sur plusieurs lobes que dans ceux où elles se limitaient à un seul.

L'influence péjorative de l'alcoolisme sur l'évolution ne fut pas très frappante, sauf chez les sujets jeunes qui présentèrent aussi un taux de bactériémie plus élevé.

Les maladies préexistantes (pneumonies secondaires) donnent lieu à un taux plus élevé de bactériémie et de mortalité.

Les différences dans le taux de la mortalité aux différents degrés de leucocytose varièrent de la même manière que la fréquence de la bactériémie. Celle-ci se montra la plus fréquente dans les cas où les leucocytes se tenaient au-dessous de 10.000. On la trouva plus souvent dans les cas où le chiffre des leucocytes était de 35.000 ou plus qu'entre 10.000 et 34.000. La mortalité dans tous les cas correspondit à la fréquence de la bactériémie, sauf dans les cas ayant moins de 10.000 leucocytes chez lesquels le taux de mortalité fut relativement plus élevé.

La bactériémie se rencontra plus de 2 fois plus fréquemment au cas de complications post-pneumoniques. D'autre part, ces complications se montrèrent plus de 2 fois plus souvent dans les cas où on constata de la bactériémie.

Chez les malades n'ayant pas reçu de sérum, la période aiguë prit fin entre le 7e et le 9e jour le plus souvent, qu'il y ait bactériémie ou non. Avec le sérum la guérison survient d'ordinaire entre le 4e et le 6e jour, que les cultures du sang aient été ou non positives.

La fréquence des cultures du sang positives *post mortem* fut semblable à celle constatée dans les cas mortels pendant la vie.

L'hémoculture peut être précieuse pour déterminer le type de pneumocoque réellement en cause dans les cas où l'examen des crachats montre une infection mixte, car presque toujours l'hémoculture ne décèle qu'un seul type.

Les hémocultures quantitatives montrent que chez les malades qui guérissent le nombre des colonies est d'ordinaire au-dessous de 10 par centimètre cube et que le pronostic est généralement défavorable quand le nombre des colonies croît avec les hémocultures successives. On a noté jusqu'à 35.000 colonies par centimètre cube (type II). Un patient a pu guérir sans sérum avec 1.700 colonies par centimètre cube (type V). Dans bien des cas le sang présenta une remarquable tendance à la stérilisation spontanée, parfois même après une invasion massive.

De nombreuses pneumonies des types I et II et quelques-unes du type VII furent traitées par le sérum. Chez les pneumoniques à hémoculture positive comme chez ceux à hémoculture négative, le sérum accrut notablement le pourcentage des guérisons, quel que fût l'âge des patients, qu'il s'agît ou non d'alcooliques. Les complications furent aussi fréquentes chez les malades traités par le sérum que chez ceux qui n'en reçurent pas, qu'il y eût ou non pneumococcémie. La guérison se produisit plus précocement chez les malades traités par le sérum. La fréquence de la bactériémie tendit à décroître chaque jour chez ces derniers, alors qu'elle tendait à augmenter chez ceux qui n'en eurent pas. L'influence du sérum sur la stérilisation du sang est bien traduite par la négativation des cultures, même quand la maladie se trouvait encore en progrès et par la rareté des hémocultures positives notées après que des hémocultures préalables étaient demeurées stériles.

P.-L. Marie.

W. C. Thompson. ***L'uvéo-parotidite*** (*Archives of internal Medicine*, t. **59**, n° 4, Avril 1937, p. 646-660). — Ce syndrome, encore dénommé fièvre uvéo-parotidienne, paralysie uvéo-parotidienne, tuberculose uvéo-parotidienne, a été surtout observé aux Etats-Unis, en Angleterre et au Danemark. Il consiste en des lésions inflammatoires du tractus uvéal et de la tuméfaction des parotides, accompagnées d'une légère fièvre persistante. Une paralysie des nerfs cérébro-spinaux, en particulier des nerfs faciaux, survient fréquemment.

La majorité des cas s'observe entre 20 et 40 ans ; les femmes sont plus souvent atteintes.

Les prodromes, qui peuvent durer de plusieurs jours à plusieurs semaines, consistent en malaise, lassitude, nausées, vomissements, perte de poids, fièvre, bouffissure des paupières, sécheresse de la bouche, dysphagie, toux, sueurs nocturnes, arthralgies et paresthésies. Assez souvent se montre un érythème maculeux, passager, non prurigineux, surtout aux jambes.

La parotidite est constante, généralement bilatérale. La glande est ferme, non adhérente à la peau, non douloureuse, mais parfois sensible à la pression. La participation des autres glandes salivaires est fréquente ; celle de la glande lacrymale n'est pas rare. On a noté de la splénomégalie et des adénopathies, surtout cervicales. L'uvéite est constante, souvent c'est le premier symptôme en date et la diminution de la vision, d'un degré variable, est permanente. On peut observer de la dilatation pupillaire, des synéchies postérieures, des dépôts graisseux à la surface postérieure de la cornée, des nodules de nature tuberculeuse dans l'iris. Plus rares sont la névrite optique, la chorio-rétinite, la kératite, les hémorragies du vitré, la cataracte. La paralysie faciale, du type périphérique, le plus souvent unilatérale, se rencontre dans près de la moitié des cas. Le liquide céphalo-rachidien n'est que peu ou pas modifié.

T. relate ici 6 cas d'uvéo-parotidite, concernant tous de jeunes négresses, dont 4 présentaient des signes d'infection tuberculeuse et 5 de syphilis. L'examen du liquide céphalo-rachidien permit d'éliminer le diagnostic de méningite syphilitique qui avait été porté chez 3 des malades à la période aiguë. Les lésions oculaires étaient nettement d'apparence tuberculeuse chez 2 des malades. Le traitement antisyphilitique fut inefficace à l'égard de l'iritis d'une patiente. Dans un cas existait une polynévrite diffuse.

Plus on étudie soigneusement les malades, plus on arrive à la conviction que l'affection est de nature tuberculeuse. La grande fréquence de la syphilis chez les malades de T. ne doit pas étonner, vu la banalité de cette infection chez les nègres de Boston, mais il n'y a là qu'une simple coïncidence.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

W. Thompson. ***L'ictère hémolytique; son diagnostic et son traitement; étude de 45 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 22, 28 Novembre 1936, p. 1776-1780). — Dans cet intéressant article, T. passe en revue les 45 observations d'ictère hémolytique soigné pendant les 6 dernières années à la clinique des maladies de la rate de Whipple.

Pour lui, il faut distinguer l'ictère hémolytique typique, affection bien définie, dont l'évolution peut être prévue et dont le mécanisme commence à être connu, d'un groupe hétérogène d'ictères hémolytiques atypiques dans lequel on trouve des réticulo-sarcomes spléniques, des ictères hémolytiques syphilitiques, de la tuberculose splénique, enfin des cas non améliorés par la splénectomie et dont l'autopsie n'aboutit pas à un diagnostic étiologique. Les symptômes de l'ictère hémolytique typique sont rapidement, complètement et définitivement guéris par la splénectomie. Les ictères hémolytiques atypiques ne sont pas améliorés par ce traitement.

R. Rivoire.

D. Brown et **R. Elliot.** ***Les résultats de la splénectomie dans le purpura thrombocytopénique; étude comparative de 10 cas dans lesquels la splénectomie fut effectuée et de 11 cas traités par les méthodes non chirurgicales*** (*The Journal oh the American medical Association*, vol. **107**, n° 22, 28 Novembre 1936, p. 1781-1788). — B. et E. étudient la valeur de la splénectomie dans l'hémogénie, en comparant les résultats détaillés de malades opérés et de malades traités médicalement; malades tous observés à la clinique de la rate de M. Whipple, et suivis 5 ans en moyenne après la splénectomie.

Dans l'ensemble, les résultats de la splénectomie sont très favorables à cette intervention. Il n'y eut aucun décès chez les 10 malades observés, et les symptômes disparurent ou s'atténuèrent considérablement dans la totalité des cas opérés; tandis que les malades non opérés n'eurent au maximum qu'une légère amélioration.

B. et E. confirment le fait maintenant bien connu du manque de parallélisme étroit entre l'état clinique et le nombre des plaquettes après la splénectomie.

R. Rivoire.

B. Wiseman. ***La formule sanguine dans les affections primitives du système lymphatique ; ses caractères et sa signification*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 25, 19 Décembre 1936, p. 2016-2022). — Les affections primitives du système lymphatique sont le lymphosarcome, la leucémie lymphoïde et la maladie de Hodgkin : il est probable que toutes les autres maladies primitives du système lymphatique, dont la classification est difficile, appartiennent à l'un de ces trois groupes.

Tous les degrés de leucémie lymphatique peuvent être observés, depuis les trouvailles pathologiques sans syndrome clinique jusqu'aux formes rapidement mortelles, en passant par les formes bénignes ressemblant à une lymphocytose chronique. Beaucoup de ces formes ne présentent qu'une très petite analogie avec le cancer, cytologiquement, cliniquement et histologiquement.

Les lymphosarcomes peuvent être caractérisés hématologiquement, soit par une formule sanguine leucémique, soit par une formule aleucémique. La première variété constitue le leucosarcome, qui est rapidement progressif et très radio-sensible.

La maladie de Hodgkin présente une formule sanguine assez particulière : neutrophilie nette, diminution des lymphocytes, augmentation des monocytes : par contre, l'augmentation des éosinophiles est très inconstante.

R. Rivoire.

O. Lowsley et **J. Bray.** ***Le traitement chirurgical de l'impuissance. Nouvelles expériences avec une nouvelle technique opératoire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 25, 19 Décembre 1936, p. 2029-2035). — L. et B. ont mis au point une technique de traitement chirurgical de l'impuissance, qui consiste essentiellement à raccourcir le muscle ischio-caverneux de chaque côté et à plicaturer le bulbo-caverneux. Il s'agit là évidemment d'une intervention délicate, qui a été très simplifiée lorsque les auteurs eurent l'idée d'utiliser des rubans de catgut pour les sutures musculaires, car les fils de catgut déchirent facilement ces muscles fragiles. Une autre difficulté de l'intervention est de raccourcir les muscles dans une proportion correcte : Trop courts, les muscles déterminent, en effet, une érection permanente douloureuse; trop longs, ils s'opposent à une érection correcte.

L. et B. ont opéré 51 malades à l'aide de cette technique ; de bons résultats ont été obtenus 31 fois.

R. Rivoire.

M. Fog (Copenhague). ***Anhidrose acquise généralisée; avec des recherches sur la régulation thermique et circulatoire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **107**, n° 25, 19 Dé-

cembre 1936, p. 2040-2045). — F. rapporte dans cet article une extarordinaire observation, probablement unique dans la littérature. Il s'agit d'un homme de 27 ans qui, à la suite d'une paratyphoïde, devint incapable de transpirer. Cette absence de transpiration déterminait chez lui des troubles extrêmement pénibles, à l'occasion d'un effort ou d'une exposition au soleil : sensation de brûlure périphérique, gêne précordiale, dyspnée, rougeur extrême de la face; phénomènes pouvant durer plus d'une heure et pouvant être assez intenses pour déterminer une perte de connaissance.

F., par une série de tests physiques et pharmacologiques, a confirmé cette incapacité absolue du malade à transpirer. Une biopsie de la peau a montré qu'une moitié des glandes sudoripares était morphologiquement intacte, tandis que les autres étaient en voie de dégénérescence.

Une série de recherches a montré d'autre part que la régulation thermique du sujet n'était pas troublée au cours de l'effort musculaire, mais qu'il survenait des signes d'insuffisance circulatoire en rapport vraisemblablement avec l'extrême dilatation vasculaire de la peau.

R. Rivoire.

L. Dean, L. Linton, H. Smit, L. Dean et **C. Mahoney.** ***Le traitement de la rhinite allergique; avec une étude particulière de l'action de l'ionisation et du contrôle de la rhinite chronique vaso-motrice*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 4, 23 Janvier 1937, p. 251-258). — Ce très important travail rapporte les résultats du groupe de chercheurs américains de la Fondation Frank Ball, créée pour l'étude du rhume des foins. Il y a dans cet article trop de faits pour qu'il soit possible d'en donner un résumé correct. Signalons cependant que, du point de vue thérapeutique, D., L., S., D. et M. répudient tous les traitements qui risquent d'altérer la muqueuse nasale : en particulier, le phénol, l'acide trichloracétique, l'alcool, les pointes de feu; cependant, l'ionisation au zinc paraît moins dangereuse, bien qu'elle altère légèrement l'épithélium nasal, et qu'elle n'agisse qu'en diminuant la perméabilité nasale aux allergènes.

R. Rivoire.

J. King et **L. Harris.** ***Le kyste congénital du poumon*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 4, 23 Janvier 1937, p. 274-280). — Cet article est une revue générale sur une question très à l'ordre du jour, les kystes aériens du poumon. Il semble, en effet, que la fréquence de cette affection soit beaucoup plus grande qu'on ne le pensait jusqu'ici, maintenant que l'on commence à connaître des méthodes de diagnostic efficace. K. et H. discutent longuement les caractères embryologiques, physiologiques et pathologiques de la maladie, ainsi que ses aspects cliniques variés. L'évolution de ces kystes est dominée par l'apparition et le développement de l'infection, et aussi par le type de la communication avec les bronches lorsqu'elle existe.

La symptomatologie, le diagnostic différentiel et les méthodes de traitement de la maladie sont ensuite exposés longuement.

R. Rivoire.

E. De Gorvin. ***Réaction hémolytique produite par le sang d'un donneur universel*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 4, 23 Janvier 1937, p. 296-297). — G. rapporte l'observation d'une réaction hémolytique sévère, survenue après injection de 125 cmc de sang d'un donneur universel à un receveur du groupe I. Cette observation est surtout intéressante par l'étude immunologique du sang du donneur qui fut faite ultérieurement : celle-ci révéla la présence d'une agglutinine α active à la dilution de 1/80, alors que l'agglutinine β n'était active qu'à 1/12. La présence d'une agglutinine aussi active dans le sang du donneur explique vraisemblablement la réaction consécutive à la transfusion. Cette observation montre que le sang des donneurs universels doit être utilisé avec précaution dans les transfusions, et qu'il vaut mieux, quand cela est possible, employer un sang du même groupe que le receveur.

R. Rivoire.

L. Prickman et **H. Buchstein.** ***Hypersensibilité à l'acide acétyl-salicylique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 6, 6 Février 1937, p. 445-451). — L'hypersensibilité à l'aspirine est la plus commune des allergies médicamenteuses, et elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Dans cet article, P. et B. en étudient une série de 62 cas. L'affection est plus fréquente chez les femmes, et se voit presque exclusivement chez des sujets ayant une histoire personnelle ou familiale d'allergie : il faut noter particulièrement la grande fréquence de cette sensibilité chez les asthmatiques.

L'asthme, l'urticaire et l'œdème angioneurotique sont les formes les plus habituelles de réaction des individus sensibles à l'ingestion d'aspirine. Les crises d'asthme ont tendance à être sévères, prolongées, et résistantes à la thérapeutique : des cas mortels ont même été publiés. Les tests cutanés ne doivent pas être employés dans le diagnostic de cette hypersensibilité, parce qu'ils sont inexacts et qu'ils sont une source potentielle de danger.

L'abstention scrupuleuse du médicament est le meilleur traitement de cette hypersensibilité. La présence d'acide acétylsalicylique dans beaucoup de spécialités rend celles-ci dangereuses.

R. Rivoire.

P. Jeans, E. Blanchard et **Z. Zentmire.** ***L'adaptation à l'obscurité et la vitamine A : nouvelle technique photométrique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 6, 6 Février 1937, p. 451-458). — J., B. et Z. ont décrit, il y a quelques années, un test photométrique permettant un dosage approximatif de la vitamine A *in vivo*, en mesurant la rapidité de l'adaptation à l'obscurité. Dans cet article, J., B. et Z. décrivent un nouveau photomètre et un appareillage perfectionné permettant d'obtenir des résultats comparables avec des observateurs différents.

A l'aide de cette technique, ils ont montré que la déficience en vitamine A est plus fréquente qu'on ne le pense chez les enfants; une dose de 3.000 unités par jour semble suffisante d'ordinaire pour donner à ces enfants un test d'adaptation normal.

R. Rivoire.

H. Newman. ***L'encéphalographie à l'éthylène*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 6, 6 Février 1937, p. 461-463). — L'encéphalographie avec l'air a le défaut de donner des céphalées prolongées, dépassant souvent 3 jours. Aussi a-t-on cherché à remédier à cet inconvénient en injectant au lieu d'air des gaz plus rapidement éliminables. Le protoxyde d'azote est trop rapidement éliminé pour que les résultats radiologiques soient satisfaisants, mais l'éthylène convient très bien à cet usage, à condition toutefois de faire la radiographie un quart d'heure après l'injection.

Dans ces conditions, si la céphalée initiale est aussi intense qu'avec l'air, les céphalées post-encéphalographiques sont très atténuées et écourtées, le malade pouvant d'ordinaire reprendre une vie normale le lendemain de l'opération. Cet avantage de l'éthylène mérite un essai clinique sur une plus vaste échelle.

R. Rivoire.

M. Berck et **W. Harris.** ***La radiothérapie des bronchiectasies*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 7, 13 Février 1937, p. 517-522). — B. et H. décrivent dans cet article une méthode de traitement de la dilatation bronchique par la radiothérapie, qui semble digne d'intérêt. Dans la plus grande partie des cas traités, B. et H. ont obtenu à la suite d'un traitement prolongé à doses assez fortes, non pas une guérison, mais une amélioration très nette des symptômes : dans quelques cas, cette amélioration, en particulier la disparition de la toux et de l'expectoration, est si importante qu'elle approche de très près la guérison.

L'observation soigneuse pendant deux ans des malades améliorés n'a montré aucune récidive au cours des infections des voies respiratoires supérieures. Etant donné la pauvreté de nos ressources dans la thérapeutique des bronchiectasies, il nous semble que cette méthode mérite un essai sur une plus vaste échelle.

R. Rivoire.

M. Nathanson. ***L'action cérébrale du sulfate de β amino-propylbenzène (Benzédrine); observations cliniques*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 7, 13 Février 1937, p. 528-531). — La benzédrine produit chez la plupart des individus une stimulation nette du système nerveux central, à des doses qui ne déterminent pas d'action périphérique sympathicomimétique : de l'euphorie, une sensation de bien-être, d'optimisme, une diminution de la fatigue, une énergie accrue, une capacité de travail anormale, suivent très régulièrement l'administration de 10 à 20 centigr. de benzédrine.

Cliniquement, bien que le médicament ait une action surtout frappante dans la narcolepsie, il agit aussi dans les états de fatigue persistante et chez les individus facilement épuisés.

Les études faites sur les sujets normaux indiquent que la benzédrine peut être utilisée lorsqu'on veut obtenir de quelqu'un une activité maxima : par exemple dans la préparation d'un examen, ou avant un exploit sportif.

Les contre-indications du médicament sont encore mal connues : de nouvelles recherches sont nécessaires pour les préciser.

R. Rivoire.

G. Kelly et **E. Woods.** ***Etude quantitative de la réaction de Friedmann*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 8, 20 Février 1937, p. 615-617). — K. et W. décrivent une série de recherches quantitatives sur la réaction de Friedmann, au cours de la grossesse. Ils en concluent ce qui suit :

1° La présence d'un follicule rompu suffit à affirmer la positivité de la réaction.

De même, la présence de plusieurs follicules hémorragiques dans les deux ovaires.

2° L'examen des ovaires au microscope binoculaire à faible grossissement est presque toujours nécessaire, notamment pour reconnaître les follicules rompus.

3° La technique simplifiée utilisée à l'heure actuelle (une seule injection de 10 cmc d'urine; examen des ovaires 36 heures après) est moins satisfaisante que la technique primitive de Friedmann (deux injections de 10 cmc à 12 heures d'intervalle; examen des ovaires 48 heures après).

4° Les lapines de plus de 3 livres donnent les meilleurs résultats; il est souvent utile d'acidifier les urines, et, si celles-ci ont une densité inférieure à 1008, d'augmenter de moitié la dose injectée.

R. Rivoire.

E. Edwards. ***Le traitement des obstructions artérielles organiques par la pression et la succion alternées*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 8, 20 Février 1937, p. 626-628). — Dans les obstructions artérielles aiguës ou chroniques, il existe souvent un spasme des collatérales associé, et ce spasme s'oppose à l'action bienfaisante du traitement par la pression et succion alternées. Afin de pallier à cet inconvé-

nient, E. a fait construire un appareil dont il donne la description détaillée, qui permet d'associer un chauffage local à la technique des pressions alternées. Cette chaleur locale détermine une vasodilatation maxima et augmente l'efficacité de la succion. En outre, l'augmentation locale du métabolisme déterminée par l'élévation thermique favorise les processus cicatriciels.

R. Rivoire.

C. Dunmer, R. Lyon et **F. Stevenson.** ***La méningite lymphocytaire bénigne (méningite aseptique)*** [*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 8, 20 Février 1937, p. 633-636]. — La méningite lymphocytaire bénigne, affection bien connue en France à l'heure actuelle, est encore nouvelle pour les Américains. D., L. et S. exposent les constatations faites par eux au cours d'une épidémie de 22 cas de cette affection survenue en été 1935 à Cincinnati. Du point de vue clinique et biologique, ils n'apportent d'ailleurs aucun fait nouveau intéressant pour le médecin français. Du point de vue étiologique, D., L. et S. confirment l'impression généralement admise ailleurs d'une maladie autonome à virus filtrant.

R. Rivoire.

L. Cecil. ***Action du traitement sérothérapique très précoce dans la pneumonie à pneumocoque type I*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 9, 27 Février 1937, p. 689-692). — Lorsqu'on traite des pneumoniques type I par du sérum dans les *premières 24 heures de la* maladie, on observe en général les phénomènes suivants :

1° La maladie peut avorter complètement, le pouls, la température et la respiration revenant à la normale (2 à 24 heures après l'injection).

2° Il y a une amélioration surprenante de l'état général du malade, amélioration liée à la disparition de la toxémie.

3° La diffusion de l'infection aux autres lobes ou à l'autre poumon est toujours prévenue.

4° Des agglutinines, précipitines et anticorps pour le type I de pneumocoque apparaissent très rapidement dans le sang, et la cuti-réaction au polysaccharide homologue devient positive.

5° La mortalité est six fois moindre que chez les malades non traités par le sérum.

R. Rivoire.

D. Sandweiss. ***Résultats comparés du traitement diététique, parentéral et chirurgical dans l'ulcère peptique; rapport préliminaire sur l'action protectrice de l'histidine dans l'ulcère expérimental du chien*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 9, 27 Février 1937, p. 700-705). — Les auteurs rapportent les conclusions tirées de l'étude thérapeutique de 300 cas d'ulcère peptique. Dans l'ensemble, le traitement diététique seul, par le régime associé aux alcalins, fut capable d'arrêter les crises dans 80 pour 100 des cas. Dans les formes chroniques, où le traitement diététique est moins favorable, de bons résultats ont été obtenus en y associant les injections d'histidine : quant au traitement chirurgical, s'il donne des résultats immédiats excellents, il a un pourcentage de récidives aussi fort que celui des autres méthodes.

Enfin, S. a essayé, sans succès, de reproduire les expériences de Aron et Wein : l'administration d'histidine n'empêcha pas, en effet, l'apparition d'ulcères chez le chien muni d'une fistule duodénale.

R. Rivoire.

E. Hahn, F. Ramsey et **K. Kohlstaedt.** ***Expériences cliniques de l'emploi du sucrose au lieu du dextrose dans le traitement osmotique de l'hypertension cranienne consécutive aux traumatismes cérébraux*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 10, 6 Mars 1937, p. 773-776). — Les injections de dextrose à 50 pour 100 ont une action favorable incontestable sur l'hypertension cranienne consécutive aux traumas craniens. Mais le dextrose a l'inconvénient de déterminer une hypertension cranienne secondaire à l'hypotension.

Au contraire, le sucrose à la même concentration ne détermine pas cette ascension secondaire de la pression cranienne. H., R. et K. l'ont essayé dans 25 cas de traumatisme cranien, et l'ont trouvé aussi efficace que le dextrose, et dénué d'action défavorable. Il semble dans ces conditions que le sucrose mériterait de remplacer totalement le dextrose dans cette application thérapeutique.

R. Rivoire.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE (Turin)

A. Barasciutti. ***Autopsie d'un cas de dystrophie musculaire progressive (recherches anatomo-histologiques et cliniques portant principalement sur les altérations présumées du pancréas dans cette affection)*** [*Archivio per le scienze mediche*, t. **62**, n° 5, Novembre 1936, p. 507-520]. — B. a pratiqué l'autopsie d'un garçon de 15 ans atteint de paralysie pseudohypertrophique et décédé d'une broncho-pneumonie ; en dehors de la lésion pulmonaire et des lésions des muscles, les organes ont été trouvés normaux, mais il n'a pas été fait d'examen histologique des centres nerveux ou des glandes à sécrétion interne sauf le corps thyroïde. B. insiste spécialement sur l'intégrité microscopique du myocarde d'une part, du pancréas de l'autre. On sait que Meldolesi a insisté récemment sur le rôle de l'insuffisance pancréatique dans les dystrophies musculaires progressives ; l'examen fonctionnel la décèlerait sur le vivant ; l'opothérapie pancréatique donnerait de bons résultats et l'autopsie permettrait de déceler des lésions pancréatiques. Chez 6 autres myopathiques, B. a étudié la glycémie à jeun, fait les épreuves d'hyperglycémie provoquée, des noyaux et de l'ingestion de beurre et dosé par la méthode de Wohlgemut le taux diastasique dans le sang et les urines : tous les résultats ont été normaux. B. ne discute pas l'intérêt de la conception de Meldolesi ; son observation prouve cependant qu'elle ne s'applique pas à tous les cas ; d'autres recherches montreront si cette éventualité est rare ou fréquente.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA (Bologne)

G. Bassi. ***Graphiques de la motilité gastrique dans diverses gastropathies*** (*La Clinica*, t. **3**, n° 2, Février 1937, p. 109-137). — Chez 20 sujets atteints d'affections gastriques diverses (troubles d'innervation, processus irritatifs, ulcères, cancers, etc..), B. a enregistré les mouvements gastriques au moyen d'un ballon monté sur une sonde, introduit dans l'estomac et relié à un tambour de Marey. Il faut dans chaque cas réaliser en insufflant de l'air dans le ballon un équilibre entre la distension de l'estomac et sa capacité de résistance ; on peut identifier cet équilibre et le pouvoir tonique de l'estomac ; pour un sujet, le degré de la distension apprécié par la quantité d'air introduite et la réaction tonique de la paroi gastrique mesurée au manomètre varie dans des limites assez étroites ; dans tous les cas, il y a une limite de distension au-dessus de laquelle la réaction tonique de l'estomac n'augmente plus ou même baisse si l'estomac a une faible tonicité. Quand la pression a atteint cet équilibre, le péristaltisme commence ; il y a des cas où un tonus faible va de pair avec un péristaltisme intense, d'autres où une hypertonie discrète coexiste avec un faible péristaltisme ; dans les ulcères, le péristaltisme et le tonus sont en rapports étroits et, dans les atonies gastriques, le péristaltisme fait presque complètement défaut. Il n'y a pas de parallélisme entre les résultats de l'examen graphique et de l'étude radiographique ; B. donne la préférence à la méthode graphique qui donnerait des réponses plus conformes à la réalité et serait un procédé plus physiologique.

Lucien Rouquès.

G. Pietra. ***Le problème clinique des hématémèses de cause occulte dites essentielles*** (*La Clinica*, t. **3**, n° 2, Février 1937, p. 138-156). — On ne peut considérer les hématémèses dites essentielles que comme des faits d'attente qui deviendront de moins en moins nombreux. P. rapporte l'observation d'un homme de 45 ans sans antécédents qui présenta coup sur coup plusieurs grosses hématémèses avec mélæna ayant mis sa vie en danger ; aucun signe fonctionnel gastrique ; pas d'indices d'une atteinte hépatique ou splénique ; aucune anomalie radiologique de l'estomac ou du duodénum. 4 mois plus tard, nouvelle hémorragie très importante ; une légère splénomégalie rétrocède rapidement et paraît avoir été consécutive à l'hémorragie ; mais, un mois après, l'examen radiologique montre une image anormale de la deuxième partie du duodénum qui est interprétée comme une niche ; cet aspect a été retrouvé à plusieurs reprises.

Lucien Rouquès.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Unna. ***Six cas d'exanthème fixe causé par le véramon*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. **78**, fasc. 2, Avril 1937, p. 237-246). — Le véramon est une combinaison de véronal (acide di-éthylbarbiturique) et de pyramidon (diméthylaminoantipyrine).

De même que l'antipyrine peut déterminer des lésions cutanées érythémato-pigmentées fixes, bien décrites par Brocq, de même le véramon peut causer des érythèmes soit localisés, soit généralisés. U. en rapporte 6 cas.

Histologiquement cet érythème par le véramon diffère de l'érythème antipyrinique ; il existe un énorme œdème de l'épiderme avec vésiculation entre les cellules cornées et les cellules épineuses ; dans les bulles et les lacunes œdémateuses, on trouve des cellules pigmentaires et des leucocytes migrateurs. On note dans le derme de gros chromatophores, surtout autour des vaisseaux dilatés du corps papillaire.

U. pense que, dans certains cas, ces lésions cutanées peuvent être liées à des traumas psychiques ou à des troubles nerveux.

R. Burnier.

Berna. ***Présence et élimination de prolan A et B dans certaines dermatoses*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. **78**, fasc. 2, Avril 1937, p. 246-262). — L'influence directe ou indirecte que les glandes à sécrétion interne peuvent avoir dans certaines dermatoses a incité B. a rechercher par la méthode d'Ascheim-Friedmann l'excès et l'élimination de prolan A et B dans l'urine.

10 expériences de contrôle sur des sujets normaux et des femmes enceintes avaient démontré auparavant la spécificité et la sensibilité de la réaction.

B. a examiné par cette méthode 35 malades atteints de dermatoses diverses. Il obtient 6 résultats positifs sur 9 malades atteints de *pelade* et 3 résultats positifs sur 4 malades atteints d'*acné* ; un résultat positif dans une lymphodermie.

Toutes les autres dermatoses : eczéma, psoriasis, hypertrichose, vitiligo, érysipèle, lèpre, épithé-

liome, lymphosarcome, donnèrent des résultats négatifs.

Il est intéressant de noter que la pelade et l'acné sont précisément des dermatoses pour lesquelles on a coutume d'admettre un déséquilibre hormonal hypophyso-génital.

R. Burnier.

Leone. *La maladie de Nicolas-Favre chez la femme* (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. **78**, fasc. 2, Avril 1937, p. 277-292). — L. a observé à Turin, le centre italien où la maladie de Nicolas est le plus répandue, de nombreux cas d'esthiomène et de sténose rectale.

Sur 20 femmes malades, 14 avaient un esthiomène, 4 un rétrécissement ano-rectal, 2 un syndrome de Jersild.

Parmi ces femmes, 12 étaient des prostituées, libres ou en maison, 3 n'étaient pas syphilitiques, 2 contractèrent la syphilis après la lymphogranulomatose et 15 étaient syphilitiques depuis 2 à 5 ans.

Dans tous ces cas la réaction de Frei fut positive, elle fut négative dans les cas de contrôle.

Dans 6 cas seulement (4 d'esthiomène et 2 de sténose ano-rectale), on put constater l'adénite inguinale dont la nature fut affirmée par le Frei positif, et l'on put suivre la malade depuis l'adénite jusqu'à l'apparition du rétrécissement ou de l'esthiomène.

Entre l'adénite et l'apparition de l'esthiomène, il peut s'écouler une période de plusieurs mois et un rétrécissement rectal important ne s'installe souvent qu'au bout d'un an.

Il n'y a aucun rapport entre l'intensité de l'adénite et l'éléphantiasis vulvaire. Celui-ci peut survenir après une adénite fruste ; il peut faire défaut après une adénite volumineuse et de longue durée.

Il est possible que l'ulcère chronique de la vulve représente le 1er stade de la maladie de Nicolas et que la transmission de la maladie se fasse à partir d'un esthiomène ulcéreux.

R. Burnier.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

J. Waldenström. *Recherches sur la porphyrie* (*Acta medica Scandinavica*, suppl. **82**, 1937, 254 pages). — Dans la première partie W. expose la chimie des matières colorantes de la bile et du sang. Ses recherches montrent que dans la majorité des cas de porphyrie aiguë où put être préparé un ester méthylique cristallisé, c'est de l'uroporphyrine III typique qui était excrétée dans l'urine. Dans 45 autres cas il a trouvé une porphyrine soluble dans l'ester acétique, insoluble dans l'éther. Par contre, il n'a jamais réussi à démontrer d'une façon certaine une uroporphyrine III insoluble dans l'ester acétique.

Dans les fèces d'un malade il a isolé de la coproporphyrine I ; en même temps il existait de l'uroporphyrine III typique dans l'urine. Dans un autre cas il a réussi aussi à déceler de la coproporphyrine I dans les selles ; mais un 3e malade n'éliminait que de la coproporphyrine III. Cela prouve que l'uroporphyrine soluble dans l'ester acétique représente sans exception dans tous les cas de porphyrie examinés par W. la portion principale de la porphyrine urinaire. Par contre, dans les selles il existe de la coproporphyrine I ou III.

Dans le méconium se rencontre de la coproporphyrine I.

Dans la coquille des mollusques du genre *Pteria* on trouve un mélange d'uroporphyrine I et III.

Les faits étudiés indiquent nettement que la porphyrie aiguë doit être considérée comme un trouble de la synthèse de la porphyrine. Aussi un grand intérêt s'attache-t-il aux autres pigments excrétés dans cette maladie. W. a particulièrement étudié le pigment rouge concomitant et sa parenté avec le chromogène qui se rencontre primitivement. Ce chromogène n'a jamais été trouvé en dehors de la porphyrie aiguë ; il semble exister régulièrement lors de l'accès dans l'urine fraîche et présente par suite une grande importance diagnostique.

W. indique une nouvelle méthode pour isoler les pigments de l'urine ainsi qu'une technique pour l'extraction de l'uroporphyrine III.

Porphyrie et porphyrinurie symptomatique sont des manifestations radicalement distinctes.

Se basant sur 103 cas suédois de porphyrie, W. établit la symptomatologie de la porphyrie et souligne quelques particularités jusqu'ici peu mises en valeur. Les symptômes principaux sont la constipation chronique avec des accès de violentes coliques, rappelant parfois l'iléus. Comme l'excrétion de la porphyrine se produit souvent tardivement, on passe à côté du diagnostic quand les crises amènent rapidement la mort. Mais une évolution prolongée est plus fréquente. En même temps il existe souvent des troubles nerveux : céphalalgies, arthralgies, névralgies, états anxieux, troubles du sommeil, délire, crises épileptiformes, syndrome de Landry.

On ne rencontre jamais la porphyrie congénitale (chronique) dans les familles présentant de la porphyrie aiguë. Ces deux affections ne doivent donc pas être considérées comme des formes de la même prédisposition.

W. relate des cas dans lesquels seule la présence d'uroporphyrine et de chromogène dans l'urine démontrait l'existence d'une porphyrie, et d'autres cas dans lesquels seule l'excrétion du chromogène indiquait un trouble du métabolisme du pyrrol.

W. expose en détail les techniques du diagnostic chimique et indique les procédés applicables à la clinique.

Il discute la conception qui fait de l'accès porphyrique une réaction idiosyncrasique et trace un parallèle entre la porphyrie sulfonalique et l'agranulocytose. Il souligne les nombreuses analogies existant entre la porphyrie aiguë et la périartérite noueuse. Dans 3 cas de porphyrie aiguë on a relevé des processus angéitiques.

Le diagnostic différentiel est traité à fond, de nombreuses erreurs étant possibles. Un court chapitre de pronostic et de thérapeutique vient ensuite.

W. a étudié la répartition géographique de la maladie et il discute les causes de la fréquence très frappante de l'affection dans la Suède septentrionale.

Il met en relief l'importance de l'hérédité dans la porphyrie aiguë. La prédisposition semble être héritée selon le mode de la dominance.

P.-L. Marie.

G. F. Göthlin, E. Frisell et N. Rundquist. *Détermination expérimentale des besoins indispensables en vitamine C (acide ascorbique) de l'adulte sain* (*Acta medica Scandinavica*, t. **92**, nos 1-2, 9 Juin 1937, p. 1-39). — Quatre adultes schizophrènes, physiquement sains, ont été nourris avec une alimentation de base renfermant seulement 2 milligr. d'acide ascorbique par jour, mais combinée selon un certain plan avec un apport d'acide ascorbique chimiquement pur. Leur suc gastrique renfermait de l'acide chlorhydrique libre et la résistance de leurs capillaires cutanés était normale.

La période d'investigation, qui varia de 6 à 8 mois, fut divisée en périodes de 3 semaines, durant chacune desquelles l'adjonction d'acide ascorbique était constante. De 1 milligr. par jour pendant la première période, elle fut augmentée d'une période à l'autre et ajustée au poids du corps au début de chaque période. A la fin de chaque période de 3 semaines, on pratiquait l'épreuve de fragilité capillaire de Göthlin avec une pression de 35 mm. et l'on comptait les pétéchies ; le lendemain on répétait l'épreuve avec 50 mm. de pression. On déterminait ainsi un « index pétéchial ».

Avec les doses les plus faibles d'acide ascorbique, cet index augmenta d'une période à l'autre. Avec la dose de 15/100 milligr. par kilogramme un changement eut lieu ; l'index pétéchial commença à baisser et, avec les doses ultérieures plus élevées, l'index se rapprocha des valeurs normales trouvées au début de l'expérience. L'état normal de résistance capillaire fut atteint avec un apport quotidien de 0 milligr. 35 à 0 milligr. 45 par kilogramme d'acide ascorbique en nature ; il existait par ailleurs 2 milligr. d'acide ascorbique dans le régime. La dose quotidienne absolument indispensable est de 19,5 à 24 milligr. chez un sujet de 50 kilogr., de 23,5 à 29 milligr. chez un sujet de 60 kilogr., etc.

Il est à noter que cette méthode de détermination basée sur la résistance des capillaires, en raison de la production lente des changements, ne convient pas quand il s'agit d'apprécier et de suivre les modifications rapides des réserves de l'organisme en vitamine C ; dans ce cas la détermination de l'acide ascorbique dans le sang est préférable.

P.-L. Marie.

C. Grill. *Recherches sur les déplacements de la masse sanguine dus aux changements de position du corps. Modifications corrélatives dans le travail du cœur, la pression sanguine et le volume des membres à l'état physiologique et dans certaines conditions pathologiques. Contribution à la pathogénie de l' « anémie artérielle orthostatique »* (*Acta medica Scandinavica*, t. **92**, nos 1-2, 9 Juin 1937, p. 267-308). — G. montre, au moyen d'un pléthysmographe imaginé par lui, que tous les changements dans le volume des membres en relation avec le travail musculaire sont grandement influencés par les facteurs hydrostatiques. Chez des sujets normaux l'augmentation de volume des membres inférieurs d'origine hydrostatique varie de 1,4 à 7 volumes pour 100 quand le sujet passe du décubitus à la station debout. Chez les malades œdémateux cette augmentation peut faire entièrement défaut, surtout dans les cas d'œdème chronique induré, tandis que dans les cas d'œdème récent on observe une augmentation nette de volume. D'autre part, chez les sujets variqueux, cette augmentation de volume d'origine hydrostatique est considérable et se produit bien plus rapidement que chez les sujets normaux.

Chez les sujets normaux la pression dans les veines du pied en position debout varie entre 85 et 106 mm. Hg., avec tendance à s'accroître avec la taille. Conformément aux calculs hydrostatiques, le point zéro se trouve à 8 cm. environ au-dessous de l'oreillette droite du cœur dans la station debout. D'autre part, quand le sujet, soutenu par les genoux, a la tête en bas, le point zéro peut se trouver au-dessus du cœur.

En passant du décubitus à la position debout, la pression dans les veines du pied varie moins que ne le voudrait le déplacement statique, tandis que la pression artérielle est probablement plus décalée que le comporterait le déplacement statique. La variation de la compression abdominale de la veine cave inférieure et de l'aorte dans les différentes positions explique cette constatation.

G. confirme les résultats des recherches antérieures, à savoir que la pression artérielle systolique dans le bras diminue tandis que la pression veineuse s'accroît quand le sujet passe du décubitus à la station debout dans des conditions expérimentales où les facteurs hydrostatiques sont autant que possible éliminés.

Le pouvoir d'aspiration du cœur semble ne pas changer de façon appréciable avec les modifications de la position.

Les divergences existant entre les chiffres normaux de la pression veineuse au bras en décubitus, mesurée avec la technique de Moritz-Tabora d'une part et avec celle de Villaret d'autre part, sont

dues surtout aux variations de position du bras dans le plan horizontal. Quand le bras est en adduction, la pression veineuse augmente, par suite de la compression au niveau de l'aisselle.

Le changement principal dans la pression artérielle, la fréquence et l'amplitude du pouls dans le passage du décubitus à la position debout se produit instantanément avec le changement de position.

Chez les sujets sains, en comprimant les membres inférieurs ou l'abdomen, ce qui compense la pression hydrostatique, la position debout étant maintenue, on peut obtenir une diminution considérable de la fréquence du pouls qui s'élève dès que cesse la compression.

L'augmentation de volume des membres inférieurs lors du passage du décubitus à la station debout varie chez les sujets présentant de l'anémie orthostatique artérielle dans les mêmes limites que chez les sujets normaux. G. critique l'opinion de Laurell qui soûtient que les déplacements du sang vers l'abdomen dans la station debout sont plus importants chez les personnes présentant de l'anémie artérielle orthostatique que chez les sujets normaux. Il tend à admettre que dans la pathogénie de l'anémie artérielle orthostatique, c'est la diminution de la masse sanguine qui est le fait essentiel. P.-L. Marie.

S. Heinhild. ***A propos du comportement des thrombocytes pendant le traitement par la sanocrysine*** (*Acta medica Scandinavica*, t. **92**, nos 1-2, 9 Juin 1937, p. 308-347). — H. passe d'abord en revue les notions acquises sur le comportement des thrombocytes au cours d'états pathologiques divers, en particulier au cours des infections et des états allergiques. Puis il résume les recherches de ses devanciers, et en particulier de P. Emile-Weil, sur la thrombopénie au cours de la chrysothérapie.

Il expose ensuite ses travaux personnels basés sur l'étude hématologique complète et systématique de 40 malades traités par la sanocrysine. Il souligne que la numération isolée des plaquettes est dénuée de valeur et propre à créer la confusion, si l'on ne tient pas compte de l'état infecté de l'organisme et spécialement de l'état fébrile ou apyrétique. D'après ses observations il n'y a pas de raison de penser que la moelle osseuse se trouve lésée durant la chrysothérapie pratiquée aux doses usuelles (0 gr. 25 à 0 gr. 75 injectées à intervalle d'une semaine). Les recherches faites sur les lapins avec des doses excessives de sanocrysine confirment cette opinion. Il y a bien plutôt lieu de penser qu'un nombre considérable de malades traités réagissent précocement à la médication sous le mode allergique. La thrombopénie fatale qui s'observe parfois au cours de la chrysothérapie doit vraisemblablement être considérée comme la manifestation extrême et presque anaphylactique d'une réaction allergique plutôt fréquente, mais pas forcément démontrable, à l'égard de la préparation aurique.

Accessoirement les recherches de H. indiquent que le comportement des thrombocytes confirme l'hypothèse déjà ancienne qu'une libération de tuberculine a lieu durant le traitement aurique de la tuberculose pulmonaire. D'autre part, il semble que la fluxion articulaire causée par une réaction non spécifique de nature allergique puisse jusqu'à un certain point être en rapport avec l'amélioration indéniable apportée par la sanocrysine à certaines arthropathies. P.-L. Marie.

BRATISLAVSKE LEKARSKE LISTY (Bratislava)

Netousek. ***Pathogénie des anémies*** (*Bratislavské lekarske listy*, t. **17**, n° 1, Janvier 1937, p. 1-8). — En se fondant sur ses travaux physiopathologiques et cliniques, N. esquisse une nouvelle classification des anémies.

A. *Anémie par déficit hématopoiétique:*

I. Par modification du métabolisme génétique;

1° Anémies macrocytaires (Hyperchromiques), *a)* par insuffisance du facteur externe (carence alimentaire, hypovitaminose B_2), *b)* par insuffisance du facteur interne (gastro-duodénal), c) par résorption insuffisante de la substance anti-anémique, *d)* par accumulation intra-hépatique de cette même substance (certaines cirrhoses), *e)* par inaptitude de la moelle osseuse à fixer et à utiliser cette même substance (anémies achrestiques).

2° Anémies microcytaires (hypochromes), *a)* essentielles (chlorose, a. de Knud-Faber avec achylie), *b)* carence de fer (dans les aliments, au cours de la grossesse, dans la phase post-opératoire, a. de Morawitz).

II. Toxiques (le plus souvent hypochromes). — *a)* Exotoxique (toxi-infections, Pb, Au, As, benzol), *b)* actiniques (radium, rayons X), c) endotoxiques (cancers, brightisme, etc).

III. Par destruction anatomique de la moelle osseuse (tumorale, leucémique, anémie aplastique).

B. *Par exagération des processus destructifs.* — *a)* hémorragiques, *b)* hémolytiques (par facteurs exogènes), c) hémolytiques (par facteurs endogènes: hémoglobinurie paroxystique, ictère hémolytique, anémie hémolytique aiguë de Lederer). Guy Henri.

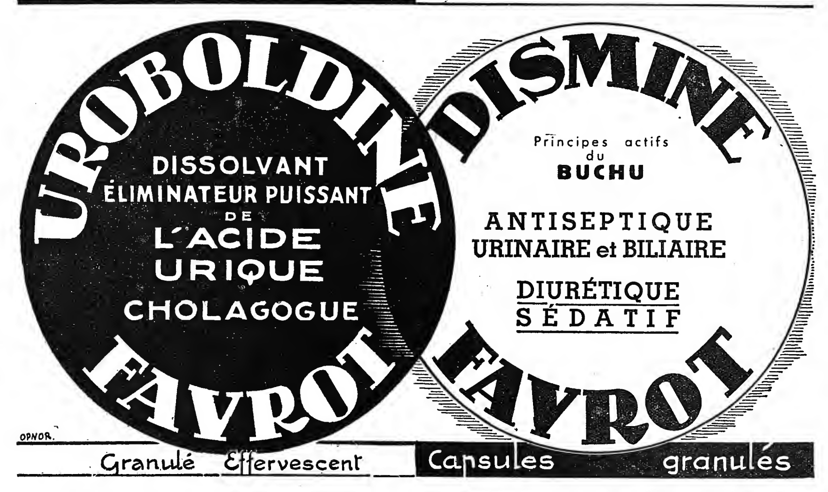
Netousek, Carsky et **Hensel.** ***Les affections cardiaques et les tendances opératoires nouvelles*** (*Bratislavské lekarske listy*, t. **17**, n° 2, Février 1937, p. 49-64). — En se fondant sur les travaux de Blumgart, N., C. et H. ont traité 12 malades, en état de décompensation myocardique avec œdème et, dans certains cas, fibrillation auriculaire, par une thyroïdectomie partielle. L'âge de ces sujets variait de 21 à 26 ans. Dans 4 cas la guérison a été complète et le travail a pu être repris. Dans 3 cas, l'amélioration subjective et objective a été indiscutable, sans cependant qu'il y eût reprise du travail. Deux de ces sujets conservent une instabilité cardiaque très favorablement influencée par la digitaline. Deux autres n'ont bénéficié d'aucune amélioration. Les deux derniers sont morts après l'intervention, l'un immédiatement, l'autre avec un délai de 45 jours. Le métabolisme basal s'abaissait, après l'opération, de 14 à 46 pour 100, sans qu'il y ait à noter le moindre signe de myxœdème. Guy Henri.

M. Netousek et **J. K. Kollar.** ***Tularémie*** (*Bratislavské lekarske listy*, t. **17**, n° 3, Mars 1937, p. 99-118). — Au cours de l'épidémie qui sévit dans les départements de l'ouest de la Slovaquie le long et dans la vallée de la Morava 43 cas ont été observés. 13 de ces cas ont été soignés à la clinique médicale de Bratislava. Tous les 13 avaient été infectés par manipulation de lièvres ou de lapins. La maladie débute comme une grippe avec frisson, sueur, céphalalgie et abattement général. Ces signes apparaissent après un délai de 3 à 10 jours, après la contamination par les animaux malades. Les premiers signes de localisation de la maladie commencent à se montrer 1 à 3 jours après son début. Il s'agit, en général, d'une blépharite ou d'un petit phlegmon, suivis de lymphangite et de lymphadénite régionales. La plupart des ganglions atteints s'abcèdent, c'est à ce moment que les malades sont transportés à l'hôpital. Plus tard, une fistulisation et une ulcération des lésions ganglionnaires se sont produites parfois. Le pus, qui a pu être retiré par ponction du ganglion ramolli, n'a pas donné de culture positive sur les milieux à l'œuf et à la cystine. Une seule fois, dans un frottis, on a eu de petits bâtonnets gram-négatifs du type Pasteurella. L'inoculation du pus aux cobayes reste sans effet. Le diagnostic de tularémie a été confirmé par l'agglutination positive avec une souche du *Bacterium tularense* au titre 1 : 1280-2560. La déviation du complément avec la souche du *Bacterium tularense* a été de même positive. La cuti-réaction de Foshaye par application intra-dermique de 0,01 du virus tularémique tué a provoqué une réaction locale remarquable avec frissons, abattement, lymphangite et lymphadénite régionales aiguës. Au stade des bubons, la température était presque normale. Après 3 à 6 semaines, les lésions locales commencent à se cicatriser. Mais un affaiblissement général avec sueur persiste toujours. Durant toute la maladie, on n'a pas trouvé de lésions sur les autres organes ni de complications ultérieures. On n'a signalé aucun cas mortel dans toute l'épidémie. Dans le sang, l'anémie est constante avec neutropénie, mononucléose et lymphocytose et quelquefois avec éosinophilie. En fait de traitement, après l'insuccès de l'ingestion des sels iodiques et l'introduction du mélange iodoformique de Calot dans les ganglions ramollis, on a donné aux malades du stovarsol, 0 gr. 5 par jour. Deux fois, on a fait l'excision des bubons. Cette excision a été suivie d'une inflammation locale grave et d'une propagation de l'infection dans les ganglions avoisinants.

Guy Henri.

Carsky. ***Traitement de la névralgie du trijumeau*** (*Bratislavské lekarske listy*, t. **17**, n° 4, Avril 1937, p. 145-151). — 28 cas de névralgie du trijumeau ont été soumis au traitement conservateur préféré par l'auteur. Après injection dans le ganglion de Gasser de 1 cmc de la solution de novocaïne, il injecte 1 cmc d'alcool. Les résultats ont été les suivants : chez 12 malades, aucun accès névralgique ne s'est produit pendant une durée de 3 à 5 ans après le traitement; chez 5 autres, l'amélioration a été remarquable; 6 autres n'ont bénéficié d'aucun progrès. Les 5 derniers n'ont pas pu être suivis. Aucune complication n'a été observée. Les insuccès seraient dus, d'après l'auteur, à la non-pénétration du ganglion par l'aiguille. Dans les cas les plus graves, les injections intraganglionnaires ont été combinées à des injections dans les racines du trijumeau, parfois même avec l'exérèse de la première. La neurotomie rétro-gassérienne offre une mortalité opératoire assez importante et n'exclut pas la possibilité des récidives. Le traitement chirurgical ne saurait donc être préféré.

Guy Henri.



UROBOLDINE
DISSOLVANT
ÉLIMINATEUR PUISSANT
DE
L'ACIDE
URIQUE
CHOLAGOGUE
FAVROT
DISMINE
Principes actifs
du
BUCHU
ANTISEPTIQUE
URINAIRE et BILIAIRE
DIURÉTIQUE
SÉDATIF
FAVROT
OPNOR.
Granulé Effervescent
Capsules granulés

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET D'ANATOMIE NORMALE MEDICO-CHIRURGICALE
(Paris)

G. Roussy et **M. Mosinger.** ***La neurocrinie hypophysaire et les procesus neurocrines en général*** (*Annales d'Anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale*, t. **14**, n° 3, Mars 1937, p. 165). — La notion de neurocrinie, ou sécrétion endonerveuse, a pris en ces dernières années une grande importance. Elle a été démontrée pour maints appareils. R. et M. se sont attachés à l'étude de la neurocrinie hypophysaire.

Elle comporte plusieurs modalités: neurocrinie cellulaire, colloïde, pigmentaire. Le transport des éléments provenant du lobe glandulaire de l'hypophyse se fait par de multiples voies: gaines périvasculaires, système vasculaire porte allant de l'hypophyse à la zone sous-thalamique, 3e ventricule, méninge molle. Enfin, il existe une neurocrinie directe de l'ant-hypophyse dans le tissu nerveux voisin.

La neurocrinie est un phénomène morphologique constatable sur des coupes et dont, par conséquent, on peut fixer la topographie. R. et M. énumèrent les différentes zones de la région complexe sous-thalamique où ils ont retrouvé des gouttelettes de colloïde et des pigments, parfois même des cellules hypophysaires immigrées dans le tissu nerveux. Ils précisent les réactions des cellules nerveuses au contact des produits hypophysaires qu'elles absorbent.

Expérimentalement on peut réaliser un processus d'hyperneurocrinie et la colloïde hypophysaire est alors retrouvée en plus grande abondance dans des territoires nerveux éloignés de la région hypophysaire. Il est probable que cette sécrétion agit plus particulièrement sur les centres neuro-vég'tatifs de l'hypothalamus, sur des formations extrapyramidales et sur les centres proprement excito-sécréteurs de l'hypophyse. Cette dernière action implique une véritable auto-régulation.

En terminant, R. et M. font un parallèle entre la neurocrinie d'origine hypophysaire (mécanisme hormono-neural central) et les autres neurocrinies (mécanismes hormono-neuraux périphériques pour la plupart). Ils concluent qu'il n'y a pas lieu de les distinguer au fond. La neurocrinie est un phénomène général dont le rôle doit être très important.

P. Moulonguet.

L. Cornil, F. Carcassonne, M. Mosinger et **H. Haimovici.** ***Les embolies artérielles expérimentales*** (*Annales d'Anatomie Pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale*, t. **14**, n° 3, Mars 1937, p. 191). — Les tentatives pour reproduire les embolies artérielles expérimentales ont donné des résultats variables et C., C., M. et H. insistent sur l'importance de la technique employée. Il faut réaliser des embolies parfaitement aseptiques, les introduire à distance suffisante de leur point d'arrêt (à cause des lésions adventitielles consécutives à l'opération et qui se propagent à grande distance), enfin il faut que le caillot expérimental soit facilement retrouvé et distingué de la thrombose secondaire.

Dans une première série de recherches, l'embolus constitué par un fragment de muscle strié était strictement aseptique et il a été introduit par une collatérale de l'aorte, pour s'arrêter le plus souvent au niveau de l'artère poplitée. L'animal a été sacrifié de 12 heures à 6 jours plus tard. L'embolus aseptique détermine à son contact une thrombose peu importante; l'endothélium artériel réagit peu; les lésions principales siègent sur la média qui présente des troubles dégénératifs localisés parcellaires, et sur l'adventice où se montrent des suffusions sanguines et une réaction endothélio-capillaire.

Une seconde série concerne les embolies septiques, le fragment de muscle était contaminé par le streptocoque. La thrombose au-dessus et au-dessous de l'embolus arrêté est très étendue. Les parois du vaisseau sont précocement très altérées: l'intima disparaît et les autres tuniques sont très largement infiltrées.

Dans une troisième série, un embolus aseptique a été lancé chez des chiens préalablement inoculés, par voie veineuse, avec des streptocoques provenant de malades atteints d'endocardite végétante. Les lésions sont du même ordre que dans le cas d'embolus septique.

Si l'on considère les lésions de l'embolie aseptique, il faut penser qu'elles sont dues avant tout à la suppression des phénomènes nutritifs que les couches internes de la paroi vasculaire tirent du sang circulant dans la lumière du vaisseau: il s'agit surtout, en effet, de lésions dégénératives, auxquelles s'ajoutent des réactions vaso-dilatatrices dans le territoire des *vasa vasorum*.

Le point essentiel est la différence fondamentale des lésions entre l'embolie aseptique et l'embolie septique.

P. Moulonguet.

P. Masson, J.-L. Riopelle et **P. Martin.** ***Poumon rhumatismal*** (*Annales d'Anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale*, t. **14**, n° 5, Mai 1937, p. 359). — En examinant les poumons de jeunes sujets morts de rhumatisme cardiaque évolutif, M., R. et M. ont remarqué leur aspect macroscopique particulier, lourd, succulent, gélatineux, et à l'examen histologique ils ont vu 2 lésions bien spéciales: un enduit hyalin, tapissant comme une couenne certains couloirs alvéolaires, et des bourgeons conjonctifs œdémateux comblant ces canaux.

Ils n'ont pas trouvé de travail antérieur au leur signalant ces deux lésions d'une façon explicite. Les nombreux travaux publiés sur le poumon rhumatismal ne font mention que de lésions exsudatives ou prolifératives, que la plupart des auteurs considèrent comme non spécifiques. La pseudo-membrane hyaline et les bourgeons végétants qui la remplacent et lui succèdent seraient, au contraire, la lésion spécifique du poumon rhumatismal, et depuis que l'attention de M., R. et M. a été attirée sur elle, ils l'ont retrouvée constamment, à l'Institut anatomo-pathologique de Montréal.

Pseudo-membranes et végétations des canaux alvéolaires se rencontrent au sein des foyers pneumoniques du poumon rhumatismal. Il est certain qu'elles tirent leur origine de l'exsudat pneumonique; les colorations micro-chimiques permettent de suivre ces transformations métamorphiques.

M., R. et M. demandent que soient recherchées ces lésions, qui constitueraient la signature de la maladie de Bouillaud au niveau des poumons.

P. Moulonguet.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

M. David et **H. Askanasy.** ***Les troubles mentaux dans les méningiomes de la petite aile du sphénoïde*** (*L'Encéphale*, t. **32**, n° 4, Avril 1937, p. 169-208). — Etude basée sur 26 observations, dont 4 publiées *in extenso*. La plupart des sujets ont subi l'intervention, une proportion notable a guéri, l'autopsie des autres a confirmé le diagnostic.

Chez 84 pour 100 de ces malades, atteints de méningiome de la petite aile du sphénoïde, l'on a constaté des troubles mentaux. Ceux-ci rappellent d'ordinaire le syndrome *frontal*. On observe des éléments de confusion, désorientation, amnésie, fabulation.

Le caractère se modifie: les sujets deviennent suggestibles, présentent une euphorie paradoxale. Dans certains cas, on observe un *puérilisme* remarquable par invasion de souvenirs infantiles.

Enfin ces méningiomes peuvent constituer des syndromes schizophréniques, psychasthéniques, maniaques et mélancoliques authentiques.

Dans 2 observations (8 pour 100 des cas) enfin, il existe des troubles psychosensoriels, hallucinations olfactives et gustatives, *dreamy-state* onirique.

L'irritation du lobe temporal, centre présumé des souvenirs infantiles, peut rendre compte du puérilisme. La distension ventriculaire, par oblitération notamment du trou de Monroe, semble jouer, d'autre part, un rôle prépondérant dans la pathogénie de ces troubles mentaux.

G. d'Heucqueville.

W. Riese et **A. Requet.** ***L'état crépusculaire hystérique*** (*L'Encéphale*, t. **32**, n° 4, Avril 1937, p. 209-226). — Observation d'un sujet de 45 ans, inculpé d'attentat aux mœurs, qui présente, 3 mois après l'acte, un syndrome de Ganser.

Confusion, désorientation, réponses à côté, dessins puérils. Déficit marqué dans l'ensemble des fonctions intellectuelles.

L'analyse montre à la fois un asservissement de la conscience aux représentations *concrètes* immédiates, et une tendance marquée au *symbolisme*.

La simulation ne suffirait pas à se rendre compte de ce tableau clinique.

G. d'Heucqueville.

L'HYGIENE MENTALE
(Paris)

Paul-Boncour, Aublant et **Mlle Demarquette.** ***Le service d'Hygiène mentale infantile dans le département de Seine-et-Oise*** (*L'Hygiène mentale*, t. **32**, n° 4, Avril 1937, p. 49-60). — Création de l'Office public d'Hygiène sociale de Seine-et-Oise en 1935, cet organisme comprend un service administratif central à la Préfecture, spécialement chargé des placements, et des services périphériques.

Ceux-ci sont constitués par des cliniques de neuro-psychiatrie infantile. Le dépistage s'obtient par les fiches qu'adressent les instituteurs et les médecins inspecteurs scolaires. Des assistantes spécialisées établissent des dossiers documentés pour chaque enfant avant l'examen médical.

Statistique de la dernière année scolaire, portant

sur 254 enfants : 72 relevaient de l'*enseignement de perfectionnement*. Mais 90 hérédo-syphilitiques, 93 endocriniens, 86 instables, 51 comitiaux, 37 sujets présentant des troubles de la motilité, du langage et de l'audition, étaient justiciables de traitements *médicaux* actifs.

G. d'Heucqueville.

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

R. Fontaine et **S. Pereira.** ***Oblitérations et résections veineuses expérimentales. Contribution à l'étude de la circulation collatérale veineuse*** (*Revue de Chirurgie*, An. **56**, n° 3, Mars 1937, p. 161-200). — On savait déjà que la ligature de troncs veineux importants ne provoque pas d'œdème et Leriche, tout récemment, avait-il conclu que dans la pathogénie de l'œdème phlébitique chez l'homme, le facteur mécanique n'est pas tout et qu'intervient un important trouble vaso-moteur qui trouve son point de départ dans les altérations pathologiques mêmes de la paroi veineuse.

Il restait néanmoins à établir pourquoi un obstacle, même très important, sur les gros affluents veineux, ne crée-t-il tout au plus qu'un œdème passager et comment la circulation de retour se rétablit dans ces cas.

Est-il possible, d'autre part, d'entraver la circulation de retour, au point de la rendre impossible, et qu'en résulte-t-il alors ? Enfin, dans les œdèmes phlébitiques, les deux facteurs mécanique et vasomoteur sont-ils seuls à intervenir ?

Tels sont les problèmes que F. et P. ont tenté de résoudre par l'expérimentation. Il est impossible, dans une analyse, d'entrer dans le détail de ces expériences. Nous ne pouvons qu'en donner succinctement les conclusions.

L'oblitération d'un ou plusieurs segments des troncs veineux profonds et périphériques des membres ne provoque tout au plus qu'un œdème passager et sans conséquence. La circulation de retour se rétablit par les voies collatérales.

Même la résection de l'origine de la veine cave inférieure ne se traduit que par un œdème très passager. Les collatérales se développent très vite, et surtout augmentent de calibre.

La suppression de toute possibilité de circulation de retour se traduit par un œdème gigantesque avec gangrène humide et mort consécutive.

Lorsqu'on associe aux oblitérations veineuses des oblitérations lymphatiques, l'œdème se prolonge mais finit par disparaître.

J. Okinczyc.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

F. X. Hausberger. ***La nature des fibres nerveuses efférentes et la disposition fonctionnelle des fibres nerveuses afférentes dans le tissu graisseux*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **180**, n° 3, 15 Mai 1937, p. 274-287). — Les recherches de H. lui ont montré que, quand on énerve l'un des corps graisseux des souris et des lapins, on constate que du côté énervé la richesse en glycogène et en graisse de cette formation augmente. De même, au cours du jeûne, le corps graisseux énervé abandonne sa graisse moins rapidement que le côté normal. Des expériences ont été faites avec des résultats semblables sur un tissu graisseux à petites et à grandes vésicules. C'est cependant dans le tissu graisseux à petites vésicules que les modifications sont le plus facilement mises en évidence.

Pour savoir si cette énervation doit être attribuée à la suppression des fibres sympathiques, H. a sectionné les rameaux ganglionnaires du sympathique abdominal au moment où ils pénètrent dans la cavité abdominale ou encore à 1 cm. au-dessus de la division de l'aorte abdominale. Il a été ainsi constaté que le tissu graisseux à petites vacuoles de l'aine s'enrichit en graisses et en glycogène dans le premier cas, mais pas dans l'autre cas. Les fibres dont l'interruption provoque ces modifications sont donc des fibres sympathiques afférentes. Il est probable que ces fibres sortent de la moelle par les racines postérieures et passent dans le grand sympathique par les rami communicantes blancs.

Beaucoup d'organes et de tissus possèdent des fibres efférentes et afférentes. Ces dernières interviennent pour transmettre les sensations douloureuses ayant ces organes ou ces tissus pour origine. Ces fibres passent par le sympathique. C'est ce qui explique l'existence de réflexes comme, par exemple, les contractions controlatérales des vaisseaux d'une main quand l'autre est plongée dans l'eau froide. L'excision d'un fragment de tissu au niveau d'un corps graisseux de souris, pratiquée d'un côté, entraîne une réaction inflammatoire qui s'étend aux deux organes, bien que ces modifications soient plus importantes du côté où l'excision a été pratiquée. Ces lésions sont caractérisées par une diminution importante de la teneur en graisse, de la congestion, etc. H. a procédé à une autre série de recherches dans le but de savoir par quelle voie le réflexe ainsi mis en évidence se produit. Il a pu ainsi être constaté que ce réflexe controlatéral passe par le système nerveux central en empruntant les fibres afférentes qui se rendent à la moelle épinière. Effectivement, en sectionnant les nerfs sensibles afférents, il ne se produit aucune modification du tissu graisseux. De plus, l'excision d'un fragment ne provoque ni hypérémie réactive, ni disparition des réserves graisseuses quand le corps graisseux sur lequel cette intervention a été pratiquée a été préalablement énervé.

Il ne saurait s'agir en pareil cas d'un réflexe d'axone : les lésions provoquées par l'énervation ne se produisent qu'après un certain temps de latence (24 heures), c'est-à-dire après que la dégénérescence des fibres nerveuses sectionnées a commencé à se produire. Il est vraisemblable que les fibres nerveuses qui interviennent en pareil cas sont celles qui accompagnent les vaisseaux. A cet égard, l'hypérémie concomitante est significative.

P.-E. Morhardt.

W. Heupke et **H. Reinhard.** ***Le sésame et son utilisation*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **180**, n° 3, 15 Mai 1937, p. 288-295). — Le sésame se distingue par sa pauvreté relative en hydrates de carbone qui en fait un aliment approprié pour le régime des diabétiques. Cette plante qui est utilisée depuis des millénaires constitue un aliment très important pour beaucoup de peuples orientaux. Elle semble être originaire de la partie sud-est de l'Asie et, de là, s'être répandue partout. Son nom est d'origine sémitique. La plante gamopétale, à fleur tubulaire, variant du blanc au rouge, atteint la hauteur de 1 m. 20 et donne des graines de 1 à 2 mm. de longueur. Il n'est aucune graine qui contienne autant de graisse. Les graines de sésame de teinte blanche donnent une huile plus appréciée que les graines de teinte noire. Une première expression fournit 22 à 32 pour 100 d'une huile à manger très fine qui sert souvent à falsifier l'huile d'olive. Une seconde pression opérée après mélange du tourteau avec de l'eau donne 6 à 12 pour 100 d'une huile plus foncée. Le résidu chauffé à 50° avec de l'eau donne encore 8 à 10 pour 100 d'une huile foncée utilisée dans les savonneries ; enfin, l'épuisement par le sulfure de carbone donne encore 8 à 10 pour 100 de graisse. En Allemagne, l'huile à manger contient souvent de l'huile de sésame et la loi exige que la margarine en contienne 10 pour 100.

Aux Indes le sésame est cuit comme le riz. En Afrique, on l'écrase pour en faire une soupe ou une bouillie ou bien on l'ajoute aux légumes, au pain et aux gâteaux. Le sésame contient 20 pour 100 de protéines brutes, 5 pour 100 d'eau, 35 à 57 pour 100 de graisses.

Dans leurs recherches, H. et R. ont utilisé un sésame blanc provenant de Chine et contenant 45,29 pour 100 de graisse et 6,61 pour 100 d'hydrate de carbone. Un régime déterminé comprenant au total 2.500 calories par jour, environ, fut suivi pendant 8 jours. Pendant 4 jours, ce régime comprenait 156 gr. de sésame bouilli pendant 1 heure et entier qui remplaçaient 250 gr. de pommes de terre figurant dans le régime des 4 autres jours. Un bilan complet a montré qu'avec le premier régime les hydrates de carbone étaient très bien utilisés. Par contre, les pertes en graisse atteignaient 59 pour 100 et étaient par conséquent 4 fois plus élevées avec le sésame qu'avec les pommes de terre. De même, les pertes en azote étaient assez élevées (16 pour 100).

Pour être agréable au goût, le sésame doit être grillé et c'est ce qui fut fait dans d'autres séries de recherches. Pour cela, le sésame est bouilli pendant 1 heure puis séché et enfin grillé sur une plaque de tôle. Son goût ressemble alors à celui des arachides grillées. Quand il s'est agi de sésame non moulu l'utilisation a été mauvaise. La couche externe du grain offre manifestement une barrière aux ferments digestifs. Le sésame bouilli, puis moulu et enfin grillé donna un bilan très supérieur. L'azote et les graisses sont mieux utilisés que dans l'expérience précédente.

La meilleure manière de préparer le sésame est donc de le griller et d'en faire des espèces de gâteaux analogues à des macarons ou à des galettes dont on peut faire la liaison avec des œufs et qu'on peut assaisonner avec des condiments ou du sucre, ou encore avec de la saccharine.

Au total, il s'agit là d'un aliment particulièrement approprié pour les diabétiques car il est agréable au goût. Chez un diabétique qui était en équilibre nutritif avec 60 unités d'insuline et 100 gr. de pain, le sésame a été très bien toléré à la dose de 30 et 100 gr. par jour. Avec 150 gr. de sésame la glycosurie a un peu dépassé les chiffres habituels.

P.-E. Morhardt.

F. Parkes Weber et **A. Schlüter.** ***Tuméfaction de la parotide, xérostomie et syndrome de Sjögren*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **180**, n° 3, 15 Mai 1937, p. 333-340). — Sjögren a décrit, en 1936, une affection caractérisée par de la kérato-conjonctivite et surtout par une diminution ou un arrêt de la sécrétion des glandes lacrymales et salivaires ainsi que des glandes des voies aériennes supérieures. Le parenchyme glandulaire est le siège d'atrophie et de sclérose et en dehors de la kérato-conjonctivite sèche, il apparaît de la xérostomie, de la rhinite, de la pharyngite et de la laryngite sèches. L'augmentation de la vitesse de sédimentation des globules rouges, une altération de l'hémogramme, des symptômes d'arthrite et d'infection focale apparaissent également. A propos de ce syndrome qui comporte parfois des altérations de la glycémie, on est amené à se demander quel rôle jouent à cet égard les glandes salivaires qui sont considérées comme agissant les unes (glandes sous-maxillaires) à la manière de l'insuline et les autres (glandes parotides) en favorisant la glycosurie. Il est possible que les glandes gastriques et le pancréas soient également atteints.

Dans un cas concernant une femme de 25 ans dont les parotides sont augmentées de volume, qui se plaint de xérostomie et de trouver parfois dans sa bouche des masses gluantes qui proviennent manifestement du canal de Sténon, la tuméfaction des parotides s'accentue par poussées d'une durée de 3 à 15 jours.

Dans une autre observation, il s'agit d'une femme de 69 ans qui présente également du gonflement parotidien à rechutes, accompagné de xérostomie et d'une achlorhydrie gastrique modérée.

Dans une 3e observation, il s'agit d'une femme de 40 ans chez laquelle, aux symptômes des observations précédentes venaient s'ajouter de la sécheresse des conjonctives, de l'achylie avec anémie hypochromique, de l'hypoglycémie, de l'hypotension et la maladie de Raynaud.

Dans ce syndrome il ne peut pas s'agir de carence de vitamine A, pas plus que d'oreillons ni de calculs des glandes salivaires. D'autre part, on a décrit un grand nombre d'affections chroniques inflammatoires qui parfois constituent une forme incomplète du syndrome de Sjögren ; telles sont les occlusions du canal de Sténon (*Sialodochitis fibrinosa* de Küssmaul), les inflammations chroniques récidivantes des parotides (R. T. Paynes, R.S.B. Pearsons), les tuméfactions parotidiennes d'origine allergique (F. W. Burton-Fanning) ainsi que des formes familiales de tuméfactions récidivantes de la parotide (H. S. Meyer, E. Remouchamps), etc. Certaines affections de ce genre peuvent être confondues avec le syndrome de Mikulicz qui consiste en une hyperplasie lymphoïde des glandes lacrymales et salivaires. Enfin l'uvéo-parotidite de Heerforts, affection considérée par certains auteurs comme d'origine tuberculeuse, est susceptible d'être accompagnée parfois (cas de Thomas) de sécheresse de la bouche, de sorte que le diagnostic peut être souvent difficile.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

O. Sprenger. ***Tendance aux crampes, conséquence tardive du tétanos*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **58**, n° 23, 5 Juin 1937, p. 481-488). — Chez un homme de 20 ans, 4 ans après la guérison d'un tétanos, S. a observé, à l'occasion de la recherche du réflexe plantaire, des crampes toniques en extension de la musculature des deux jambes et du tronc avec opisthotonos durant d'une 1/2 minute à 1 minute et accompagnées de douleur. La recherche du réflexe crémastérien, la percussion du tendon rotulien déclenchaient aussi ces crampes. On pouvait en provoquer dans les membres supérieurs par pression du sillon bicipital interne. Jamais, à l'exception d'une seule fois, de telles crampes ne s'étaient montrées. Mais le malade ne pouvait faire de longues promenades et ressentait de la raideur des jambes. On constatait une exagération des réflexes tendineux et du clonus du pied et de la rotule. Pas de Chvostek ; excitabilité électrique normale.

En l'absence d'encéphalite épidémique antérieure, de troubles psychiques faisant penser à un syndrome fonctionnel psychogène et de signes de névrose de crampes (Wilder), S. rattache ces crampes au tétanos antérieur. Il élimine la possibilité d'un tétanos très chronique non guéri.

Il pense qu'il s'agit là d'une lésion des centres nerveux, d'ailleurs impossible à localiser. Il se demande si les injections intrarachidiennes de sérum n'ont pas joué un rôle. En tout cas il y a lieu de soumettre à un examen neurologique ultérieur les tétaniques guéris pour élucider de tels faits.

P.-L. Marie.

ENDOKRINOLOGIE (Leipzig)

F. Blum. ***Etude sur la physiologie de la thyroïde. Cause du goitre; cause du basedow*** (*Endokrinologie*, t. **19**, nos 1-2, Juin 1937, p. 19-30). — Il a été démontré, en Amérique, que l'alimentation de rats avec des choux frais entraîne la production d'un goitre important. Ces recherches ont été reprises par B. qui a pu établir que l'administration de choux blancs (*Brassica oleracea* var. *capitata* L.), de choux rouges (*B. oleracea* var. *capitata*, L.), de choux frisés (*B. oleracea* var. *sabauda* L.), de choux-raves (*B. oleracea* var. *gongylodes* L.), de choux-fleurs (*B. oleracea botrytis* L.) à des lapins, des cobayes, des rats et des chèvres, détermine dans tous les cas la production de goitre. Les choux étaient consommés à la dose de 1 à 1,5 kilogr. par jour pour des animaux de 2 à 3 kilogr. ; on donnait de l'avoine en quantité variable avec chaque espèce ainsi que de la laitue et de la chicorée à la dose de 1/3 du poids de choux. Sous l'influence de ce régime, les animaux s'accroissent dans de bonnes conditions et néanmoins le goitre apparaît. Alors que normalement la thyroïde atteint un poids de 10 centigr. et rarement celui de 15 centigr., on trouve, chez les lapins nourris avec des choux, des thyroïdes qui vont de 0,62 à 15,3 gr. Une augmentation nette de la thyroïde est observée chez ces animaux 10 à 20 jours après le début du régime. Chez les cobayes, l'apparition du goitre est un peu plus tardive et atteint un degré très variable. Chez un de ces animaux, la glande thyroïde pesait 0,534 gr. c'est-à-dire 10 à 15 fois le poids normal. Les rats ont souvent succombé sous l'influence de ce régime. Mais ceux qui survivaient ont tous présenté un goitre important. Chez les chèvres, ce régime a fait passer le poids de la glande thyroïde de 1 ou 2 gr. à 10 ou 12 gr. en 5 mois.

La nuisance qui provoque le goitre apparaît très précocement dans la plante. L'origine de la plante ne semble pas avoir de signification. Avec les choux frisés, on a constaté des variations saisonnières. Il y a lieu également de tenir compte du fait que la teneur en iode du régime n'est pas constante, de sorte que le rôle de cet élément ne peut être encore apprécié de façon exacte.

Les auteurs américains remarquent que les choux blanchis étaient plus actifs au point de vue de la production du goitre et que l'eau de cuisson présentait au contraire une action antagoniste qui doit être due à la présence d'iode. B. a trouvé dans l'extrait de 1 kilogr. de chou blanc qui avait été blanchi 3 fois avec changement d'eau une teneur en iode de 26,5 γ alors que dans le chou il était trouvé 26 γ d'iode. Ces quantités sont très supérieures à la quantité d'iode nécessaire pour exercer une action prophylactique sur le goitre. Un état d'équilibre entre l'iode du chou et le facteur nocif doit normalement s'établir. D'autre part, les lapines alimentées avec des choux mettent bas des petits qui présentent une thyroïde augmentée de volume.

Ce régime de chou provoque une tendance à la prolifération de la thyroïde et un état de basedow ou, tout au moins, de pré-basedow. Les animaux malades réagissent d'une façon caractéristique sous l'influence d'administration d'iode. Le métabolisme de base de jeunes lapins nourris depuis 6 mois avec des choux blancs additionnés de 10 gr. d'avoine s'est élevé à 54 calories par kilogramme. L'administration de 10 γ d'iode a fait passer leur poids de 2.200 à 1.970 et leur métabolisme de base à 86 et 88 calories. Ultérieurement l'administration d'iode-tyrosine fit lentement revenir le métabolisme à la normale.

Chez une série de lapins nourris avec des choux, il est survenu sous cette influence et en même temps que le goitre un exophtalmos très marqué.

Ainsi les choux contiennent un toxique qui agit sur la thyroïde pour provoquer un goitre avec tendance au basedow. On ne saurait cependant conclure que tous les basedow ont pour origine cette toxine. Mais il paraît nécessaire de rechercher les substances ayant une affinité spéciale pour la thyroïde afin de les supprimer s'il est possible. Il se peut d'ailleurs qu'il existe côte à côte des substances agissant chez l'homme et chez l'animal, soit pour favoriser la prolifération de la thyroïde, soit pour en déterminer la dégénérescence, la prépondérance de l'une ou de l'autre de ces deux substances conduisant soit au basedow, soit au crétinisme. Il n'est d'ailleurs pas certain qu'il y ait une différence essentielle entre ces deux substances.

P.-E. Morhardt.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Adler-Herzmarle et **Hopstein.** ***La silicose en Autriche*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, n° 16, 17 Avril 1937, p. 433-441). — Cet article s'appuie sur une statistique de tous les cas de silicose observés en Autriche de 1931 à 1935 (295 cas). Les auteurs distinguent 4 stades suivant l'aspect radiologique et ont étudié comparativement dans les différentes professions susceptibles de déterminer une silicose le pourcentage des cas et leur gravité respective. Ils rappellent que le quartz se dépose dans les alvéoles, les conduits et les ganglions lymphatiques, sous forme de poussière microscopique, soit directement, soit par phagocytose ; il existe également du quartz en suspension colloïdale, ce qui explique les aggravations fréquemment observées chez des malades ayant abandonné leur métier depuis des années, aggravations dues au dépôt progressif de cette silice.

Les catégories de travailleurs les plus atteintes sont les suivantes :

1° Les ouvriers des mines de quartz (66 pour 100 de malades environ).

2° Les ouvriers exposés à la projection *sous très forte pression* (plusieurs atmosphères) de poussières de quartz *très fines* : polisseurs de fonte grise (50 pour 100) ; polisseurs de fonte d'acier (66 pour 100).

3° Les ouvriers dont la tâche consiste à façonner des instruments en grès ; meules et couteaux (66 pour 100).

Les ouvriers et ouvrières, qui manipulent la poudre de quartz utilisée pour les nettoyages ménagers (Si O^2 pur), sont moins atteints, mais présentent des formes assez sévères.

Enfin il est prouvé que les professions qui comportent le maniement de poudres de silicates peuvent entraîner l'apparition de la maladie : on a trouvé un assez grand nombre de malades parmi les ouvriers, polisseurs ou autres, utilisant des meules en carborandum par exemple.

Pour conclure, les auteurs insistent sur la pauvreté des symptômes cliniques.

G. Basch.

Nobl. ***Y a-t-il un facteur endogène prédisposant à l'origine du « Xeroderma Pigmentosum »*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. **87**, nos 21-22, 22 Mai 1937, p. 572-576). — N. rapporte l'observation d'une jeune femme de 22 ans chez laquelle les premiers symptômes de la maladie n'étaient apparus que 1 an et demi auparavant. A ce propos N. insiste sur le fait que si la plupart des cas débutent bien dans le jeune âge, il y a de nombreuses exceptions à cette règle classique et que dans 1/15 des cas le début s'observe après 25 ans. Cette malade présentait l'aspect typique du 3e stade du Xeroderma Pigmentosum : sur la face, un semis dense de petites zones atrophiques à limites irrégulières, légèrement déprimées et d'un blanc nacré ; des taches pigmentaires allant du brun foncé au noir, isolées ou confluentes ; enfin, entre ces taches, des kératomes de la couleur de la peau ou d'un gris sale. Quelques-uns de ces kératomes montraient en leur centre une zone croûteuse, où la croûte tombait pour faire place à une ulcération n'ayant aucune tendance à la cicatrisation ; un examen histologique affirma la nature épithéliomateuse de ces formations. Après quelques semaines d'observation, le processus semblait arrêté à la phase de kératome, mais la malade revint 2 ans plus tard avec un état nettement aggravé.


SYNDROME HÉPATO-ENTÉRO-RÉNAL
HÉPATOSODINE
ÉPATOSODINE
TROUBLES HÉPATIQUES
INSUFFISANCE BILIAIRE
TROUBLES DE LA DIURÈSE
INFECTIONS RÉNALES
DOSE MOYENNE
1 cuillerée à café dans un verre à Bordeaux d'eau pure ou d'eau minérale le matin à jeûn et le soir à 18 heures

A propos de ce cas, N. épilogue sur la pathogénie du Xeroderma Pigmentosum. Il ne croit pas que les radiations solaires puissent à elles seules déterminer la maladie ; d'ailleurs, toutes les expériences qui ont tenté de reproduire même un phénomène vaguement comparable, avec les diverses radiations, ont échoué. Mais quant à l'origine profonde de la dégénérescence cellulaire, c'est un problème loin d'être résolu.

G. Basch.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

S. E. Gould, S. Altshuler et **H. S. Mellen.** ***Les diverses épreuves de tolérance au glycose dans le diagnostic du diabète*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **193**, n° 5, Mai 1937, p. 611-617). — Divers tests de tolérance au glycose ont été proposés ; leur spécificité est loin d'être la même, ce qui a une grosse importance du point de vue diagnostique.

G., A. et M. ont comparé les trois suivants :

1° Test des 3 heures avec une seule dose de glycose, le plus utilisé, où le critère du diabète est un taux de glycémie à la fin de la 3e heure supérieur à celui de la glycémie à jeun. Mis en œuvre chez 59 malades non diabétiques, il a fait la preuve de son absence de spécificité, en particulier chez les artérioscléreux.

2° Test des 6 heures avec dose de glycose répétée au bout de 3 heures (1 gr. 75 de glycose par kilogramme) et prélèvement du sang toutes les heures pendant 6 heures. Ce test basé sur le principe de la loi paradoxale d'Allen, à savoir que les limites de la tolérance au glycose sont réelles chez le diabétique, mais seulement apparentes chez le sujet normal. Chez ce dernier, plus on donne de sucre, plus ce dernier est utilisé ; ce n'est pas le cas chez le diabétique. Ce test est spécifique, mais nécessite un gros travail de laboratoire et occasionne des désagréments au patient.

3° Test d'une heure avec dose de glycose répétée. On choisit la dose de 1 gr. 75 de glycose par kilogramme que l'on donne en solution à 40 pour 100, la moitié de la solution étant prise à jeun ; puis, une demi-heure après, on fait prendre l'autre moitié de la solution et l'on pratique immédiatement une seconde prise de sang et d'urine ; nouveaux prélèvements au bout d'une autre demi-heure. Le diabète peut être correctement diagnostiqué si 2 au moins des 3 conditions suivantes se rencontrent : glycémie à jeun dépassant 120 milligr. pour 100 ; glycémie au bout d'une demi-heure dépassant de 50 milligr. ou plus le niveau de la glycémie à jeun ; glycémie au bout d'une heure dépassant de 30 milligr. ou plus le niveau atteint au bout d'une demi-heure. Ainsi interprété, ce test se montre spécifique et très sensible.

P.-L. Marie.

J. Groen et **I. Snapper** (Amsterdam). ***Défectuosités de l'alimentation à l'origine de l'anémie macrocytaire*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **193**, n° 5, Mai 1937, p. 633-647). — G. et S. ont observé 2 cas ressemblant de très près à une anémie pernicieuse (anémie macrocytaire avec augmentation des pigments biliaires dans le sang et dans l'urine, glossite de Hunter, pigmentation cutanée et modifications du psychisme) dans lesquels l'étude des anamnestiques révéla une carence alimentaire accentuée et prolongée (régime particulièrement pauvre en viande, en lait frais et en œufs). Il existait une petite quantité d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique dont la quantité était diminuée. Dans l'un des cas la guérison, mise en train par l'extrait hépatique, se maintint pendant 6 ans avec un régime mixte complet, sans adjonction ultérieure de foie. Dans l'autre cas on obtint une rémission complète et définitive en donnant simplement une alimentation mixte renfermant beaucoup de lait, de viande et une préparation de levure autolysée, mais pas de foie. La sécrétion gastrique s'améliora également sous l'influence de l'alimentation. Pendant la période de troubles graves on nota chez ces malades une courbe d'hyperglycémie provoquée du type aplati, indiquant une absorption intestinale défectueuse.

G. et S. pensent que dans ces cas l'anémie macrocytaire était due à un manque de facteur extrinsèque de Castle, plutôt qu'à une insuffisance de facteur intrinsèque. Des cas de ce genre, qui rappellent l'anémie macrocytaire « tropicale » de Wills, sont peut-être plus fréquents qu'on ne croit. Bien des cas d' « anémie pernicieuse » avec présence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac semblent appartenir à cette catégorie de faits.

P.-L. Marie.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

H. P. Himsworth. ***Le protaminate d'insuline et le zinc-protaminate d'insuline*** (*British medical journal*, n° 3975, 13 Mars 1937, p. 541-546). — Il y a maintenant 16 ans que la découverte de l'insuline est venue apporter un changement radical dans la thérapeutique du diabète. Depuis 2 ans les modifications apportées à l'insuline redonnent une activité aux discussions sur le traitement du diabète que l'on croyait définitivement réglé.

En 1936, après de nombreuses années de recherches, Hagedorn montrait les avantages de l'association de l'insuline à une protamine provenant du sperme des poissons et quelques mois plus tard, Scott et Fisher modifiaient ce protaminate d'insuline en lui insérant quelques particules de zinc.

Ces deux nouveaux composés d'insuline se distinguent de l'insuline ordinaire par leur retard à l'absorption et par conséquent par leur action prolongée. Cette lente action des protaminates d'insuline ne se voit qu'après l'injection sous-cutanée, car introduits par voie veineuse leur action ne diffère pas de celle de l'insuline ordinaire injectée par la même voie.

L'insuline ordinaire exerce son effet maximum 2 à 3 heures après l'injection et son action est épuisée au bout de 6 heures. Le protaminate d'insuline ou « insuline retard » produit son maximum d'effet 6 à 10 heures après l'injection et son action se termine au bout de 12 à 18 heures. Le protaminate de zinc et d'insuline a une action plus lente encore. Elle est au maximum 15 heures après l'injection et s'éteint de la 24e à la 30e heure.

On conçoit dès lors les avantages et les inconvénients de ces préparations. La prolongation de l'action permet la réduction du nombre des injections d'insuline et laisse le malade sous le contrôle de l'insuline pendant toute la nuit. Dans les cas légers qui demandaient 1 ou 2 injections d'insuline ordinaire, une seule injection de l'une ou l'autre nouvelle préparation, faite avant le petit déjeuner, suffira.

La lenteur d'action de ces insulines en empêchant la réduction soudaine et rapide de l'hyperglycémie empêchera les crises d'hypoglycémie. D'autre part, on sait que l'effort musculaire active l'action de l'insuline ordinaire, un diabétique avec ces nouvelles préparations ne risque plus de faire une crise d'hypoglycémie à la suite d'un exercice plus ou moins violent.

Mais ces nouvelles préparations ont également quelques inconvénients. C'est ainsi que la lenteur de l'action de ces insulines ne prévient pas la poussée d'hyperglycémie et de glycosurie qui se fait après les repas. Une simple dose de protaminate d'insuline faite le matin ne réduit pas l'hyperglycémie post-prandiale, même si on en augmente la dose, et réduit au contraire le sucre pendant la nuit ou le matin, pouvant créer ainsi des crises d'hypoglycémie.

D'autre part, avec l'insuline ordinaire, la crise d'hypoglycémie était peu grave, se bornait à quelques phénomènes subjectifs et se terminait rapidement ; avec les protaminates, la crise vient insidieusement, se prolonge longtemps et devient beaucoup plus grave.

La technique de l'administration de ces préparations demande à être contrôlée de près. Hagedorn les réservait aux cas graves de diabète. Il fait une injection d'insuline retard dans l'après-midi et une injection d'insuline ordinaire avant le petit déjeuner ; il modifie le régime afin de donner au dîner une quantité plus importante d'hydrates de carbone. Rabinovitch injecte le protaminate d'insuline et de zinc et l'insuline ordinaire, en même temps, avant le petit déjeuner. L'insuline ordinaire contrôle l'hyperglycémie post-prandiale et son action se prolonge jusqu'à ce que le protaminate de zinc et d'insuline entre en jeu. L'action de celui-ci s'exerce pendant toute la journée, la nuit jusqu'au matin suivant.

D'une façon générale les protaminates d'insuline sont indiqués chez les diabétiques dont la glycosurie nocturne est importante, chez les diabétiques qui ont des crises d'hypoglycémie à la suite d'exercices musculaires et lorsqu'on veut réduire le nombre d'injections d'insuline.

André Plichet.

Hamilton Bailey, W. Stringer et **Kenneth D. Keele.** ***L'injection intra-veineuse continue de sérum physiologique*** (*British medical journal*, n° 3975, 13 Mars 1937, p. 552-554). — Cette méthode est utilisée d'une façon courante en Angleterre. Les principales indications en sont : déshydratation consécutive à des vomissements, à de la diarrhée incoercible, à une obstruction intestinale, prévention des états de shock, spécialement dans les gastrectomies, coma diabétique, thyrotoxicose post-opératoire, ictère par rétention après ablation de l'obstacle, septicémie.

Dans bien des cas, l'injection continue peut servir de véhicule à des substances médicamenteuses. Par ce procédé, on peut également prolonger une anesthésie à l'évipan et lutter contre une anurie en injectant d'une façon continue du sulfate de soude.

Les contre-indications sont : décompensation cardiaque trop marquée, œdème pulmonaire, mal de Bright, urémie convulsive et obstruction cholédocienne dont l'obstacle n'est pas levé.

La technique en est simple. On injecte soit du sérum salé, soit du sérum glucosé, au goutte à goutte à raison de L gouttes par minute, ce qui fait 150 gr. par heure, 3 lit. 1/2 par 24 heures.

Il faut surveiller la pression du malade, veiller à l'œdème pulmonaire, surtout après la quarante-huitième heure et cesser le traitement au bout du troisième jour. Quand on emploie le sérum glucosé, la veine se thrombose assez rapidement, il convient d'en changer ; enfin, on doit tenir un compte exact de la balance des excréta pour régler la cadence du traitement.

André Plichet.

N. Mutch. ***Le kaolin médicinal dans l'intoxication alimentaire*** (*British medical journal*, n° 3976, 20 Mars 1937, p. 596-599). — Le kaolin est un silicate naturel d'alumine. Il provient de la décomposition de certaines roches et de certains granits. Le kaolin médicinal subit plusieurs préparations qui ont pour but de retirer les particules de quartz, de mica, de grès auxquels il se trouve mélangé.

M. a étudié expérimentalement le pouvoir absorbant du kaolin pour les alcaloïdes et pour certaines toxines. C'est ainsi que, par le kaolin, on peut arriver à protéger la souris de doses mortelles de

mylitotoxine, la grenouille de doses mortelles de muscarine et d'acides aminés.

Les toxines bactériennes sont également adsorbées par le kaolin. M. a cherché si la paraffine que l'on donne dans les cas d'intoxication alimentaire pouvait, à elle seule, adsorber les toxines. Il n'en est rien, mais si on ajoute du kaolin à une émulsion de paraffine, les animaux en expérience sont protégés contre les toxines microbiennes.

André Plichet.

Philippa Martin. ***Effet sur les yeux du radium employé dans leur voisinage*** (*British medical journal*, n° 3977, 27 Mars 1937, p. 651-655). — Au cours du traitement par le radium de tumeurs du voisinage telles que carcinome et épithéliome de la peau, de la lèvre supérieure, du front, les yeux peuvent être atteints.

La conjonctive est la première touchée : œdème, hyperémie, écoulement séreux et mucopurulent qui amènent le chémosis. On peut observer également des lésions de l'iris, de la nécrose de la cornée, une cataracte de type postérieur.

On peut protéger les yeux en fermant les paupières, mais il semble que cette mesure soit insuffisante et qu'en empêchant d'observer chaque jour l'état de la conjonctive, elle amène des désastres.

L'irradiation au moyen d'implantation d'aiguilles n'est pas à recommander, même en augmentant d'épaisseur l'étui protecteur de ces aiguilles. Par contre, il semble que l'irradiation en masse, à distance, soit moins pernicieuse pour les yeux, mais elle exige de grosses quantités de radium.

André Plichet.

Leslie Hoyle et R. W. Fairbroker. ***La découverte du virus de l'influenza. L'épidémie de Manchester de 1937*** (*British medical journal*, n° 3977, 27 Mars 1937, p. 655-657). — L'épidémie importante et récente d'influenza qui a sévi au début de 1937 a permis à H. et F. de confirmer l'opinion formulée en 1933 par Laidlaw et ses collaborateurs que l'influenza est due à un virus filtrant.

Les recherches ont abouti à isoler le virus et à déterminer le rôle des anticorps dans la protection contre la maladie. Non seulement le virus a été isolé, mais les anticorps du sérum des convalescents ont été titrés. Dans certains cas, le sang des sujets a été examiné avant et après la maladie. Les sujets réfractaires ont une quantité considérable d'anticorps dans le sang. Par la réaction de fixation du complément, qui reste le meilleur moyen de laboratoire, on peut arriver à sélectionner les sujets réfractaires. Francis et Magill ont pu augmenter les anticorps par vaccination sous-cutanée avec une culture vivante du virus.

André Plichet.

A. L. Wallace. ***Le traitement de la pneumonie chez les enfants par l'air libre*** (*British medical journal*, n° 3977, 27 Mars 1937, p. 657-660). — Le traitement de la pneumonie chez l'enfant est toujours une question délicate, surtout pendant les mois d'hiver.

A l'hôpital d'enfants d'Edimbourg, W. a traité la pneumonie de toutes les formes et à tous les âges par l'exposition à l'air, même pendant l'hiver. Les enfants étaient exposés en face de la fenêtre grande ouverte comme dans un sanatorium, jour et nuit, pendant toute la période fébrile. Naturellement la face seule était exposée à l'air et le corps était soigneusement réchauffé par des boules d'eau chaude pour empêcher le refroidissement et les frissons.

Ce traitement que W. a appliqué à 300 cas, alors que 275 enfants étaient traités par la méthode classique, donne une mortalité moindre. Les enfants dorment mieux, ont moins besoin de calmants pour leur toux et leur dyspnée et ne perdent pas l'appétit. Naturellement, ne peuvent bénéficier de ce traitement que les enfants qui étaient en bon état avant leur maladie. On ne doit pas l'appliquer aux rachitiques et aux débilités.

André Plichet.

G. Bourne. ***L'angine de poitrine « innocente » ou la fausse angine de poitrine. Etude clinique*** (*British medical journal*, n° 3978, 3 Avril 1937, p. 695-700). — Sous ce nom, B. désigne la fausse angine de poitrine en raison de l'innocuité de cette affection. Elle n'est pas provoquée par une lésion du cœur, elle est d'origine fonctionnelle et a un pronostic favorable.

Dans les antécédents de 39 malades, dont 22 femmes et 16 hommes, B. a relevé la fréquence, d'une part, d'infections rhumatismales et bucco-pharyngées, d'autre part, des désordres psychiques.

La douleur angineuse est accompagnée souvent de lassitude, de respiration courte, de palpitations, de syncopes, de troubles digestifs.

Dans 33 cas sur 38, la douleur siégeait à gauche de la poitrine, mais, dans aucun cas, il n'y avait de douleur à l'effort qui appartient en propre à la vraie angine de poitrine.

La fausse angine de poitrine, qui s'accompagne de syncope, peut faire penser à l'épilepsie, mais les caractères propres de cette affection : convulsions, morsure de la langue, miction involontaire, l'en distinguent.

Le mécanisme de cette douleur angineuse est encore inconnu. Des facteurs psychologiques ou endocriniens semblent influencer un centre nerveux qui déclencherait la douleur. Une infection chronique et un cœur irritable sont également deux facteurs qui jouent un rôle incontestable.

André Plichet.

J. W. Craig. ***L'ostéoarthropathie hypertrophique pneumique comme premier symptôme d'un néoplasme pulmonaire*** (*British medical journal*, n° 3979, 10 Avril 1937, p. 750-751). — A propos de 4 cas où cette déformation des doigts fut le tout premier symptôme d'un néoplasme pulmonaire, découvert plus tard par la radiographie, C., après avoir rappelé que P. Marie décrivit, le premier, cette maladie, passe en revue les différents théories concernant l'étiologie de l'ostéoarthropathie hypertrophiante.

Suivant la description de P. Marie, l'ostéoarthropathie est une ostéite symétrique des quatre membres, principalement localisée aux phalanges et aux épiphyses distales des os longs, mais s'étendant parfois aux épiphyses proximales et aux os plats et s'accompagnant toujours de cyphose dorsale ou lombaire. La radiographie décèle une prolifération des os et parfois des ostéophytes.

Les malades se divisent en deux classes : ceux chez lesquels on peut trouver une cause d'absorption de toxines : suppurations pulmonaires, bronchectasie, pleurésie purulente ou une infection chronique comme cirrhose biliaire, diarrhée chronique, polype rectal et sprue.

La deuxième catégorie est composée par des malades atteints d'insuffisance ventriculaire droite, d'affection congénitale du cœur, d'endocardite subaiguë, de sclérose pulmonaire.

La pathogénie de cette affection est encore inconnue.

André Plichet.

R. B. Lal et S. C. Roy. ***L'épidémiologie de l'hydropisie épidémique*** (*British medical journal*, n° 3986, 29 Mai 1937, p. 1110-1113). — Aux Indes, dans les provinces d'Assam, de Bengal, de Bihar et d'Orissa, il existe une maladie : l'hydropisie épidémique, qui donne une mortalité élevée.

Cette maladie épidémique est connue depuis 1880, et les dernières épidémies qui ont eu lieu en 1909, 1921 et 1926 ont donné, rien que pour la ville de Calcutta, une moyenne de 600 à 700 décès.

Cette maladie frappe aussi bien les populations rurales que les populations agricoles, les hommes aussi bien que les femmes.

Les hypothèses étiologiques de cette maladie peuvent se résumer à trois : 1° cette hydropisie serait causée par une toxine, soluble dans l'eau, provenant du riz bouilli ou poli dans lequel les enzymes protectrices sont détruites. Les grains infectés seraient différents des autres et auraient une opacité centrale.

Mais cette maladie frappe surtout les classes riches et moyennes et épargne les pauvres qui sont, pourtant, de grands consommateurs de riz. Les contrées où se rencontre cette maladie ne sont pas celles où se consomme le plus de riz.

2° L'hydropisie serait une maladie contagieuse dont on ignore du reste la nature du virus et sa porte d'entrée.

Mais cette maladie frappe exclusivement la race bengalaise.

3° L'hydropisie serait due à l'huile de moutarde. Cette théorie est d'ailleurs populaire dans le peuple. Une épidémie bien observée, à Jamshedpur, montra qu'une certaine marque d'huile de moutarde était responsable de cette maladie.

L. et R., sur des sujets bien portants volontaires, firent une série d'expérimentations qui montrèrent le développement de la maladie chez des sujets ayant pris de l'huile de moutarde.

La nature du produit nocif n'est pas connue. Il semble que ce soit un poison chimique plutôt qu'un virus.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

G. A. Buttle, H. J. Parish, Mac Leod et Dora Stephenson. ***La chimiothérapie de la typhoïde et de quelques autres infections non streptococciques chez la souris*** (*The Lancet*, n° 5925, 20 Mars 1937, p. 681-685). — La p-aminobenzènesulphonamide protège la souris contre des doses léthales importantes de bacille typhique et de bacille paratyphique B. Par contre, elle protège moins contre le « bacterium Aertricke », le bacille de Friedlander, le pneumocoque du type I, II et III, la Pasteurellose pseudotuberculeuse et la Pasteurellose septica. Des doses répétées de sulphonamide ne font que retarder la mort de la souris. Ces résultats sont beaucoup moins satisfaisants que ceux obtenus dans les infections à streptocoque hémolytique et à méningocoques.

André Plichet.

Bernhard Zondek. ***Le développement tumoral dans le nanisme hypophysaire*** (*The Lancet*, n° 5925, 20 Mars 1937, p. 689-690). — Le traitement prolongé par l'hormone folliculaire inhibe la fonction de l'hormone de croissance du lobe antérieur de l'hypophyse et produit ainsi le nanisme hypophysaire.

La libération de l'hormone de croissance dans le courant sanguin est inhibée par l'hormone folliculaire et ainsi non seulement la croissance de tout le corps est arrêtée mais encore celle des organes internes. Quand une tumeur maligne est implantée dans l'organisme de rats atteints de nanisme hypophysaire, et Z. se sert d'un sarcome causé par le benzopyrène, au bout de plusieurs passages chez l'animal, elle grossit aussi vite que celle implantée sur des rats témoins.

La suppression de l'hormone de croissance ne ralentit donc pas la croissance des tumeurs malignes.

André Plichet.

J. H. Palmer. ***La pression sanguine dans les années qui suivent la guérison d'une thrombose des coronaires*** (*The Lancet*, n° 5926, 27 Mars 1937, p. 741-744). — Chez 212 malades ayant survécu plus de 3 mois à une thrombose des coro-

OKAMINE

Tuberculoses graves ou rebelles

OKAMINE CYSTÉINÉE

FORMULE N° 3 DU Dr HERVOUET

20 AMPOULES pour 10 injections, 1 tous les deux jours.

(être persévérant)

Tuberculoses ordinaires courantes

OKAMINE SIMPLE

FORMULE N° 2

10 AMPOULES, injection tous les 2 ou 3 jours.

DRAGÉES, 3 ou 4 au petit déjeuner.

BLOUIN, pharmacien. — *Dépôt général* : **DARRASSE Frères, 13, Rue Pavée. — PARIS (IVe).**



LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)



naires, P. a étudié la pression sanguine. Il y avait 192 hommes et 20 femmes. 43 pour 100 de ces malades étaient âgés de 50 à 60 ans. 73 pour 100 des sujets avaient avant leur attaque une pression dépassant 16 de maximum et 10 de minimum. Plus de la moitié de ces cas montrèrent la même hypertension pendant la première année qui a suivi la thrombose des coronaires.

Chez les femmes, à l'exception d'une seule, toutes étaient hypertendues.

De cette étude, il résulte d'une façon générale que, dans les années qui suivent la thrombose des coronaires, la pression systolique a tendance à s'élever alors qu'au contraire la diastolique a tendance à s'abaisser.

André Plichet.

A. W. D. Leishmann. ***Le diagnostic clinique de la polyartérite noueuse*** (*The Lancet*, n° 5927, 3 Avril 1937, p. 803-808). — L. a observé 4 cas de cette maladie rare dont on ne compte que 200 observations depuis sa description par Kussmaul en 1866. Dans ces 4 cas, les symptômes cardinaux étaient présents : fièvre, amaigrissement, albuminurie avec cylindrurie, signes abdominaux, polynévrite douloureuse des membres inférieurs, signes respiratoires et leucocytose.

Trois de ces cas intéressaient des femmes ayant dépassé 45 ans. La marche de la maladie fut rapide : de 2 semaines dans 2 cas, de 7 mois et 1/2 dans 1 autre cas et de 2 ans dans le 4e cas qui se termina par une poussée aiguë.

Le diagnostic se discuta avec celui de polynévrite aiguë toxique de cause inconnue avec symptômes cardio-rénaux.

A l'autopsie, macroscopiquement, on trouva dans la plupart des cas des nodules sur les artères mésentériques, des infarctus dans différents organes et des lésions artérielles dans les vaisseaux du voisinage du nerf sciatique avec gonflement de ce nerf.

André Plichet.

Keith Simpson. ***La pathologie des surrénales et la mort subite*** (*The Lancet*, n° 5928, 10 Avril 1937, p. 851-856). — En dehors des cas où la surrénale est détruite par une nécrose hémorragique, par un infarctus hémorragique, par une tuberculose caséeuse ou par une tumeur métastatique se développant rapidement, il est des cas de mort subite où la surrénale paraît indemne. Et cependant dans ces cas on peut remarquer dans les quelques heures qui précèdent la mort des symptômes tout à fait comparables à ceux que l'on a chez le chien dont on a extirpé les surrénales : asthénie, perte de l'appétit, vomissements, convulsions, paralysie respiratoire, oligurie ou anurie complète, température abaissée, perte de poids et modifications chimiques du sang.

Ces modifications chimiques suffisent d'ailleurs à elles seules à expliquer la mort. La privation d'hormone corticale trouble la fonction hépatique ; il y a élévation du cholestérol, chute du glycogène du foie et des muscles. Elle trouble également la fonction rénale : mauvais fonctionnement des éléments tubulaires et glomérulaires, d'où élévation de l'urée et de l'azote non uréique, diminution du sodium et du chlore sanguins, la perte en chlorure étant relativement moins grande que celle en sodium, d'où chute de la réserve alcaline et du pH. Le passage des liquides ne se fait plus dans les tissus, d'où déshydratation.

Chacun de ces facteurs joue un rôle dans la mort subite sans qu'il soit possible d'accorder une prééminence à l'un ou à l'autre.

André Plichet.

G. W. B. James, Rudolf Freudenberg et **A. T. Cannon.** ***Le traitement de la schizophrénie par le choc insulinique*** (*The Lancet*, n° 5932, 8 Mai 1937, p. 1101-1104). — Dans cet article, J., F. et C. établissent les règles du traitement de la schizophrénie par le choc insulinique. Sous le nom de schizophrénie, on doit comprendre les cas de démence précoce et de paraphrénie suivant la classification de Kraepelin. On doit également tenir compte des cas aigus ayant une tendance naturelle à la rémission et des cas où le début remonte à plusieurs années. Il faut écarter les sujets qui ont une maladie organique : insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique, ceux également qui sont hypotendus, asthéniques qu'il sera difficile de tirer du coma insulinique.

La technique du traitement est la suivante : sujet à jeun depuis la veille au soir, première injection de 20 unités d'insuline le matin. Cette dose est augmentée chaque jour de 5 à 10 unités et elle est faite dans les mêmes conditions, jusqu'à ce que le coma soit atteint. La dose d'insuline qu'il faut atteindre est variable suivant les sujets. Dans certains cas avec 30 unités on obtient des convulsions épileptiformes ; dans d'autres cas, il a fallu injecter 300 unités.

Dans la 1re heure qui suit l'injection, le sujet accuse une sensation de bien-être, d'euphorie. Puis vient, soit une période de somnolence, soit plus souvent une période d'agitation, d'excitation.

A la 3e et 4e heure apparaissent des secousses myocloniques et graduellement le sujet perd connaissance. A ce stade, on peut avoir des crises épileptiformes.

Dans le coma, le sujet, après une phase d'hypertonicité avec signe de Babinski positif, est hypotonique et flasque, sans réflexes : pas de réflexe plantaire, pas de réflexe cornéen, pupilles contractées. Si le coma est poussé plus loin, l'hypertonicité reparaît, les membres inférieurs deviennent rigides, le malade est en opisthotonos comme un animal décérébré. Il convient alors d'arrêter d'urgence le coma.

Le coma insulinique ne doit pas commencer avant la 3e heure qui suit l'injection. S'il survient plus tôt, la dose d'insuline a été trop forte.

Ce coma est reproduit chaque jour, sauf un jour par semaine, jusqu'à amélioration, mais si celle-ci ne survient pas au bout de 3 mois de traitement, on diminue progressivement l'insuline en 4 à 8 jours.

Le choc insulinique doit être interrompu à la fin de la 5e heure. Le véritable coma (qui est différent du choc insulinique) ne doit pas durer plus de 1 heure 1/2. On doit interrompre immédiatement en présence d'hyperextension des membres inférieurs, d'opisthotonos, de stridor avec cyanose, de mouvements des muscles accessoires de la respiration et de faim impérieuse.

Cette interruption se fait en introduisant dans l'estomac par sonde nasale 500 cmc de thé avec 200 gr. de sucre. Il est recommandé de passer ce tube dès les premières minutes du coma car les crises épileptiformes peuvent empêcher de le faire au moment opportun. Dans certains cas, on doit interrompre le coma en injectant dans les veines une solution sucrée. Il s'agit alors d'un sujet qui respire mal ou qui est atteint d'un spasme laryngé, d'un coma qui s'établit d'une façon trop précoce et trop intense, qui s'accompagne d'une cyanose des muqueuses avec un pouls rapide et faible, de crises convulsives. Parfois d'ailleurs cette crise convulsive se montre 1 heure après le réveil du coma. Le coma doit encore être interrompu en présence d'un collapsus cardiaque, d'une crise d'excitation avec dilatation des pupilles.

On conçoit dès lors que ce traitement ne peut être fait que sous les ordres d'un personnel entraîné. Un médecin ayant sous sa surveillance un petit nombre de malades doit être présent et un service de garde, par des infirmières en nombre suffisant, doit être assuré, pendant la nuit, auprès des malades.

André Plichet.

James H. Saint. ***Le traitement de l'ostéite aiguë par une pâte de Bismuth, Iodoforme, Paraffine*** [BIPP] (*The Lancet*, n° 5934, 22 Mai 1937, p. 1211-1217 et n° 5935, 29 Mai 1937, p. 1263-1267). — L'ostéite aiguë est une affection grave amenant souvent la mort. Sous le nom d'ostéite, J. comprend toutes les infections atteignant l'os, les formes d'ostéomyélite et de périostite pouvant faire c. ..re à des maladies différentes.

L'ostéite commence par un foyer limité d'infection siégeant dans la diaphyse et l'exérèse de ce foyer constitue le traitement rationnel. Ce foyer d'infection présuppose une septicémie mais dans la plupart des cas les symptômes de septicémie apparaissent seulement après le développement du foyer osseux. Il semble donc que l'infection générale grave qui accompagne l'ostéite est due à une réinfection du sang au contact du foyer osseux. D'où la nécessité d'intervenir précocement sur le foyer d'ostéite.

La symptomatologie est la suivante : fièvre continue, douleur spontanée et provoquée au niveau d'une diaphyse d'un os long, polynucléose.

Pour traiter l'ostéite, J. s'est servi d'une pâte composée de sous-nitrate de bismuth, 25 pour 100, d'iodoforme 50 pour 100 et de paraffine 25 pour 100. Cette pâte dont il bourre, sous anesthésie générale, la cavité osseuse, préalablement curettée et nettoyée, rappelle celle de Beck mais s'en distingue par sa haute teneur en iodoforme, 50 pour 100 au lieu de 10 pour 100. Ce traitement date de la guerre où il fut appliqué avec succès dans les fractures compliquées infectées. Cette pâte libère de l'iode et empêche la pullulation des germes.

Cependant, étant donné sa teneur en iodoforme, il faut se garder d'en mettre de grosses quantités à la fois ; il faut se méfier également des idiosyncrasies.

J. a traité de la sorte 21 cas d'ostéite. 2 cas sont morts, ce qui constitue un pourcentage faible pour cette maladie. Sauf une fracture et une arthrite purulente de voisinage dans un autre cas qui amena l'amputation de la cuisse, les complications furent rares et bénignes.

Avec ce traitement on évite la formation de séquestres secondaires et on raccourcit notamment le temps d'hospitalisation. Pour J. ce traitement réalise un véritable progrès sur les autres méthodes.

André Plichet.

Adam Bair et **Andrew Tindal.** ***Un nouvel appareil pour l'analgésie pendant le travail par le protoxyde d'azote et l'oxygène*** (*The Lancet*, n° 5935, 29 Mai 1937, p. 1271-1272). — L'analgésie par le protoxyde d'azote que l'on peut prolonger longtemps est moins dangereuse et plus efficace en obstétrique que l'anesthésie au chloroforme à dose intermittente ou que celle obtenue par injection et ingestion de barbituriques. Elle n'a pas l'inconvénient de ralentir les contractions utérines et elle est sans danger pour l'enfant et la mère.

B. et T. ont fait construire un appareil très simple pour cette analgésie au protoxyde d'azote. La parturiente peut elle-même appliquer cet appareil et aspirer un mélange d'azote et d'oxygène au moment des douleurs qui lui procure une analgésie sans danger.

Le mélange est fait de 90 parties de protoxyde d'azote et de 10 parties d'oxygène. Avec cet appareil, 92 pour 100 des sujets obtiennent une analgésie satisfaisante.

André Plichet.

T. Izod Bennett, T. M. Davie, Douglas Garner et **Morton Gill.** ***Le traitement du diabète. Observations cliniques et expérimentales des nouvelles insulines*** (*The Lancet*, n° 5936, 5 Juin 1937, p. 1319-1323). — Un essai prolongé a été fait avec le protaminate d'insuline (insuline retard) et le pro-

taminate de zinc-insuline et un essai expérimental avec une préparation cristallisée de zinc-insuline.

Ces essais ont confirmé l'action plus lente de ces nouvelles insulines comparée à celle de l'insuline ordinaire, le maximum d'effet du protaminate d'insuline survenant habituellement six heures après son administration et celui des associations zinc-insuline, y compris la forme cristallisée, étant de 18 heures environ. L'effet de l'insulinate de zinc disparaît complètement en 18 à 24 heures.

En employant ces préparations à action lente et retardée, on peut réduire à une seule dose les doses multiples que l'on est obligé parfois d'employer. Mais cette prolongation d'action fait courir le danger d'hypoglycémie prolongée.

Dans l'état de nos connaissances, il vaut mieux ne pas remplacer l'insuline ordinaire par ces préparations à moins d'indications formelles : la nécessité de faire des injections répétées avec l'insuline ordinaire, la tendance à des crises d'hypoglycémie en raison de l'action trop rapide de l'insuline ordinaire.

Les nouvelles insulines ont encore une action variable dépendant de leur absorption ou d'autres causes. Cette inconstance dans leur action peut avoir un mauvais effet psychologique sur le malade.

Actuellement, il semble que dans les cas où il est désirable d'employer une insuline lente, le protaminate d'insuline soit la meilleure préparation.

André Plichet.

Angus M. Scott. ***La signification du syndrome angineux dans le pneumothorax aigu et spontané*** (*The Lancet*, n° 5936, 5 Juin 1937, p. 1327-1330). — A propos de 2 observations où les malades, jeunes tous deux, indemnes de lésions cardiaques, présentèrent, comme signes d'un pneumothorax spontané médiastinal, une symptomatologie complète d'angine de poitrine, S. passe en revue les différentes conceptions du syndrome angineux.

Depuis de longues années on discute pour savoir si la douleur angineuse a une origine aortique ou myocardique. Mais plusieurs auteurs ont rapporté des cas d'emphysème ou de suppurations du médiastin ayant déterminé un syndrome d'angor. Il semble raisonnable d'admettre l'existence d'un centre complexe et hautement spécialisé contrôlant le mécanisme de l'angine de poitrine qui serait fixé dans les parois de l'aorte avec un relai au niveau de l'artère pulmonaire.

André Plichet.

W. Cramer et **E. S. Horning.** ***Sur les relations qui existent entre les gonades mâles et les surrénales*** (*The Lancet*, n° 5936, 5 Juin 1937, p. 1330-1331). — Les surrénales de la souris mâle adulte sont composés d'une médullaire relativement large et d'une corticale relativement étroite. Quand on castre une souris mâle adulte, la médullaire dont les cellules sont chargées d'adrénaline diminue, et un large anneau apparaît entre le noyau central de la médullaire et la corticale. Cet anneau est formé de cellules médullaires. Cette zone ressemble à celle que l'on rencontre chez la souris femelle et que l'on appelle zone limite. Elle disparaît à mesure que l'animal grandit.

Quand on injecte du testostérone à la souris mâle castrée, le volume de la médullaire augmente, la zone limite disparaît rapidement et la surrénale prend un aspect normal. On a les mêmes résultats quand on injecte du testostérone à la souris femelle jeune, mais en maturité sexuelle.

Les hormones pituitaires antérieures ne produisent pas cet effet, pas plus d'ailleurs que les hormones œstrogéniques.

Ainsi, en l'absence d'hormone testiculaire, les cellules de la médullaire surrénale chez la souris mâle ne peuvent conserver leur charge en adrénaline et chez la femelle on peut dire qu'à mesure qu'elle vieillit l'hormone sexuelle mâle est formée en plus grande quantité dans son organisme.

André Plichet.

G. A. Buttle, Dora Stephenson, S. Smith et **G. E. Forster.** ***Le traitement des infections à streptocoque chez la souris par le 4 : 4'Diaminodiphénylsulfone*** (*The Lancet*, n° 5936, 5 Juin 1937, p. 1331-1334). — Devant les succès du Prontosil dans les infections à streptocoques, on a essayé un certain nombre d'autres produits de la même série.

La sulphanilamide (prontosil) a l'inconvénient de n'agir qu'en doses importantes.

Le 4 : 4'diaminodiphénylsulfone semble cent fois plus actif pour la souris que la sulphanilamide, mais il est 35 fois plus toxique pour cet animal alors qu'il est moins toxique pour le lapin et le singe, sauf, cependant, qu'il peut produire de la méthémoglobinémie chez ce dernier animal.

Il semble également que ce nouveau produit soit plus efficace que la sulphanilamide contre le pneumocoque, le staphylocoque, mais le serait moins contre le bacille d'Eberth.

Un autre corps est également à l'étude : le dinitrosulfone. Il serait moins toxique que la sulphanilamide.

Chez l'homme, ces deux agents anti-infectieux sont encore à la période des essais.

André Plichet.

S. L. Baker. ***Anurie consécutive à la transfusion sanguine*** (*The Lancet*, n° 5937, 12 Juin 1937, p. 1390-1394). — A propos d'un cas d'anurie consécutive à une transfusion sanguine faite avec du sang surchauffé, B. fait une mise au point du mécanisme de cette anurie.

Pour lui, l'anurie serait due à l'obstruction des tubes contournés et des capsules de Bowmann par l'hémoglobine tenue en suspension dans une urine hautement acide et fortement concentrée en chlorure. Dans ces conditions, l'hémoglobine, provenant d'une incompatibilité des sangs mis en contact, est transformée en un précipité d'hématine qui se dépose dans les tubes et les obstrue.

En conséquence, quand on redoute une hémoglobinémie, pour parer à l'obstruction rénale, il faut préventivement rendre les urines alcalines ou neutres. Mais si le précipité d'hématine est formé en grande quantité, l'alcalinisation des urines ne le solubise pas complètement ; toutefois, dans ces cas, l'anurie n'est pas absolue.

Ce traitement de l'hémoglobinurie par les alcalins est d'ailleurs pratiqué depuis longtemps.

André Plichet.

V. P. Filatov. ***Transplantation de cornée prélevée sur des yeux de cadavres*** (*The Lancet*, n° 5937, 12 Juin 1937, p. 1395-1397). — Jusqu'alors, on ne transplantait avec succès que des cornées prises sur des yeux vivants. Cette opération est forcément limitée. On compte 6 millions d'aveugles dans le monde et 15 millions d'hommes souffrant d'une maladie oculaire. En U.R.S.S., il y a 234.800 aveugles. 43 pour 100 des cas de cécité sont dus au leucome, 20,64 pour 100 au trachome, 10,13 pour 100 aux complications oculaires de la variole, 8,43 pour 100 à diverses maladies de la cornée, 3,45 pour 100 à la conjonctivite blennorragique des nouveau-nés.

Parmi ces malades, les candidats à la transplantation cornéenne sont nombreux et les quelques milliers d'yeux que l'on peut enlever à la suite de traumatisme ne peuvent les satisfaire. D'où la nécessité de chercher une autre source que l'œil vivant.

Morax et Magitot ont été les premiers en 1912 à réussir la transplantation de la cornée d'un œil mort.

F. a repris cette expérience sur une plus grande échelle puisque, de 1932 à 1936, il a fait 95 opérations.

Les yeux provenant de sujets qui ne sont morts ni de syphilis, ni d'infections, ni de tumeurs malignes sont conservés dans des vases hermétiques et réfrigérés à -4°, baignant dans du sang citraté. Ils sont prélevés à des périodes variables, 10 à 56 heures avant l'opération, une fois, 6 jours avant.

Sur les 95 opérations, il n'y eut pas un cas de nécrose du transplant. Il y eut 46 cas où la greffe ne fut pas transparente, 4 cas où il se forma du tissu conjonctif derrière la greffe et 18 cas de greffe complètement transparente. Parmi ces derniers cas, 14 d'entre eux datent de plus de 9 mois.

Ces résultats sont comparables à ceux que l'on obtient dans les transplantations de cornée provenant d'yeux vivants.

André Plichet.

ANNALI DI MEDICINA NAVALE E COLONIALE
(Rome)

G. Acanfora. ***Sur les tumeurs expérimentales provoquées par le suc de tomate*** (*Annali di medicina navale e coloniale*, t. **43**, n° 1-2, Janvier-Février 1937, p. 43-56). — En 1931, Bellows a prétendu que l'on pouvait obtenir rapidement et dans une forte proportion des cas un sarcome chez les rats à qui on faisait des injections intrapéritonéales de suc de tomate ou d'une suspension d'un bacille ressemblant au *Bacillus subtilis* qu'il avait isolé du suc. L'exactitude de ces résultats a été à plusieurs reprises contestée. A. a voulu les contrôler sur 56 rats ; les animaux ayant reçu des injections intrapéritonéales de suc de tomate et soumis ou non à des irradiations par les rayons X ne présentaient au bout de 3 mois aucune tumeur ; seules étaient décelables les traces d'une ancienne réaction inflammatoire ; les animaux ayant reçu des injections de suc de tomate additionné d'une suspension colloïdale d'oxyde de thorium présentaient au bout de 3 mois des granulomes tout à fait comparables à ceux qui se développent au contact des corps étrangers et, dans la plupart des cas, ces granulomes n'étaient pas encore en voie de régression, sans doute parce que les sels de thorium sont difficilement éliminables. Dans aucune des préparations, on n'a décelé de cellules atypiques.

Lucien Rouquès.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
(Amsterdam)

J. Bol. ***L'autopurification de la bouche*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **81**, n° 22, 29 Mai 1937, p. 2496-2505). — La face buccale des dents est rarement le siège primitif de carie dentaire qui débute le plus souvent sur la face externe. Le tartre dentaire siège également sur la face externe. Il semble donc que la langue, par ses mouvements, constitue un facteur important de nettoyage des dents.

La salive intervient également. Il n'est pas admissible, en effet, que les 800 à 1.300 cmc de salive, sécrétés d'une façon continue pendant le courant de la journée, n'aient qu'une action digestive qui, elle, ne dure qu'un temps limité et n'exige guère que 200 cmc de salive. D'ailleurs, l'arrêt ou la diminution de la sécrétion salivaire observé, par exemple, après irradiation aux rayons Rœntgen des ganglions lymphatiques, est suivi d'une carie rapide de la denture. Après une maladie comme la fièvre typhoïde dans laquelle on constate une diminution non seulement de la sécrétion salivaire, mais aussi des mouvements de la langue, la carie dentaire est également favorisée.

Un bon stimulant de la sécrétion salivaire est constitué par les jus de fruits acides (oranges, citrons, pommes sures). Ce fait a déjà été établi par un certain nombre de recherches qui ont été confirmées par B. Au cours de ces recherches, les sujets mâchaient pendant 5 minutes tantôt un petit tampon d'ouate tantôt un fruit acide et, pendant ce temps, crachaient la salive produite dans un verre. Il a été ainsi constaté que le tampon d'ouate est sans influence, tandis que le jus de fruit augmente d'une façon nette, 50 fois sur 66, le volume de salive produit par minute. L'alcalinité de la salive a été également fortement augmentée par les fruits, 36 fois sur 66. Les augmentations ainsi produites ne sont pas passagères car elles s'observent encore 50 minutes plus tard. Il y a donc lieu, d'après B., d'admettre que cette action de la salive doit avoir une action purificatrice d'abord mécanique puis chimique pour neutraliser les acides qui se forment dans la bouche aux dépens des restes d'hydrate de carbone adhérent aux dents.

Par contre, l'emploi d'alcalins pour se nettoyer les dents est, d'après B., une erreur. Tout au contraire, la mastication de fruits acides favorise l'autopurification de la bouche et doit être recommandée aux enfants peu avant d'aller au lit.

On a montré que des aliments riches en vitamines (huile de foie de morue, lait cru) augmentent, chez les enfants, la résistance des dents. Mais, par ailleurs, on voit bien souvent des jeunes gens présenter une denture hypoplasique, c'est-à-dire une disposition à la carie, sans cependant que la carie soit observée. On a constaté que des rats soumis à certains régimes pauvres en chaux et en vitamines peuvent présenter une disposition hypoplasique sans aucune carie. Il semble qu'en pareil cas la farine qui était administrée à ces animaux présentait une faible tendance à agglutiner et à empêcher l'autopurification de la cavité buccale. On sait d'ailleurs par May Mellanby que la fleur de farine et le pain blanc agissent comme antagonistes de la vitamine D sur la denture, fait qui serait précisément dû au grand pouvoir agglutinant de ces aliments, pouvoir qui contrarie les effets purificateurs des mouvements actifs de la langue et de l'activité chimique de la salive. Pickerill étudiant les dents des Maoris, qui ont les dents les meilleures du monde (1,2 pour 100 de carie contre 90 pour 100 aux Pays-Bas), remarque que cette population consomme une quantité considérable de fruits et de baies tant aux repas que pendant la journée. On doit donc recommander de remplacer les pâtes dentaires alcalines qui sont nuisibles par des jus de fruits qui ont une action favorable associée à la brosse à dents hygiénique, maniée avec ménagements.

P.-E. Morhardt.

L. Waterman, D. J. Kok et **W. K. Hirschfeld.** ***Anémie hyperchromique expérimentale après résection gastrique*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **81**, n° 23, 5 Juin 1937, p. 2622-2623). — L'anémie pernicieuse peut survenir soit parce que le facteur extrinsèque manque dans les aliments, soit encore par résection gastrique comme une série de chirurgiens ont pu le constater chez l'homme. D'ailleurs, on a bien souvent tenté de déterminer chez l'animal, par résection gastrique, une anémie de ce genre. Ivy a, par exemple, procédé à des tentatives nombreuses chez le chien. Mais ni lui, ni d'autres auteurs n'ont réussi avec cet animal à obtenir des résultats significatifs. D'ailleurs, il a été démontré ultérieurement que ni le foie, ni l'estomac de chien ne contenaient le facteur antipernicieux. On a procédé à des expériences du même genre chez le singe et chez le rat avec des résultats qui auraient été intéressants. Comme Meulengracht a démontré que la région pylorique de l'estomac et les glandes de Brunner du duodénum contiennent le facteur antipernicieux, des recherches ont été poursuivies par divers auteurs pour savoir si la résection gastrique pratiquée chez le porc donne lieu à de l'anémie hyperchromique. Mais jusqu'ici les expériences faites à ce point de vue n'ont pas donné de résultats nets.

W. et ses collaborateurs ont repris ces expériences sur 4 porcs dont ils ont préalablement déterminé l'index colorimétrique, l'hémogramme rouge, les réactions présentées par les globules rouges sous l'influence des préparations de foie et la courbe de dimensions des érythrocytes de Price-Jones. L'opération (résection gastrique Billroth II) avec gastro-entérostomie fut supportée par 3 des animaux, mais l'un d'eux mourut de péritonite.

Les examens sanguins furent poursuivis et on constata qu'en considérant comme égal à 1 l'index colorimétrique trouvé avant l'opération, ceux qui furent trouvés 4 mois plus tard atteignaient respectivement 1,38, 1,17, 1,12. Les modifications du nombre des normoblastes et des réticulocytes ont été très faibles. Mais on a trouvé quelques mégaloblastes qui n'avaient pas été rencontrés avant l'intervention. D'autre part, l'administration d'une préparation de foie (pernaemon) ne provoqua pas de crise réticulocytaire. Par contre, une préparation plus concentrée (pernaemon concentré) détermina une réaction très forte. Au cours de leur période d'anémie, les animaux présentaient une tendance aux vomissements et à la diarrhée. En outre, on a constaté chez eux de l'ataxie des membres postérieurs. Des recherches neurologiques plus étendues n'ont d'ailleurs pas pu être poursuivies au sujet de ce symptôme qui a disparu ainsi que tous les autres sous l'influence de l'administration d'extraits de foie pour reparaître après la fin du traitement.

Il y a lieu de se demander jusqu'à quel point les constatations ainsi faites peuvent être identifiées avec l'anémie pernicieuse humaine. W. et ses collaborateurs restent, à cet égard, sur la réserve et se refusent encore à donner le nom d'anémie pernicieuse aux symptômes qu'ils ont provoqués par résection gastrique.

P.-E. Morhardt.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA
(Stockholm)

Buhmann. ***Traitement de la vulvo-vaginite gonococcique par l'œstrine*** (*Acta dermato-venereologica*, t. **18**, fasc. 2, Avril 1937, p. 229-239). — Lewis fut le premier en 1933 à traiter la vulvo-vaginite gonococcique par l'œstrine. Les bons résultats obtenus furent confirmés par de nombreux auteurs.

B. employa cette méthode dans 10 cas de vulvo-vaginite observés chez des fillettes de 2 à 10 ans et datant de 3 semaines environ. Aucun traitement externe ne fut employé dans la plupart des cas.

L'œstrine fut administrée soit par la bouche, soit plutôt en injections intramusculaires en solution huileuse de 4.000-40.000 unités internationales, ou de benzoate d'œstrine dans l'huile (10.000 à 50.000 unités internationales).

L'écoulement diminue rapidement en 2 ou 3 semaines ; il change d'aspect, devient épais et grisâtre, puis disparaît entièrement. Au microscope, on voit les leucocytes et les gonocoques disparaître et il ne persiste plus que des cellules épithéliales nucléées.

Les récidives sont rares ; quand elles surviennent il suffit de quelques jours de traitement pour voir disparaître définitivement l'écoulement.

R. Burnier.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

K. Miescher. ***Le renforcement des effets du testostéron*** (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, t. **67**, n° 24, 12 Juin 1937, p. 537-540). — Il a pu être montré que des acides gras assez répandus comme les acides palmitiques, stéariques, ricinoliques, augmentent chez le rat les effets du testostéron. Des recherches poursuivies en ce sens et portant sur 50 corps divers ont établi que toute la série des acides gras est douée du même pouvoir. L'acide caprinique qui comporte 10 atomes de C a une action activante minimum. Avec les acides gras inférieurs, le pouvoir augmente jusqu'à l'acide propionique. Les acides irritants, comme l'acide formique et l'acide acétique, n'ont pas pu être étudiés. L'acide palmitique possède le pouvoir maximum alors que les acides supérieurs présentent un pouvoir moindre. Des acides aromatiques (acide benzoïque) ou hydro-aromatiques (acide hexa-hydro-benzoïque), des acides gras aromatiques (acide phényl-acétique) voire même l'acide glycérophosphorique se montrent plus ou moins actifs.

Ces effets activants se manifestent non seulement sur le testostéron mais encore sur le méthyl-testostéron, l'androstandiol, l'androstendion, l'androstendiol, mais pas sur l'androstéron ni sur l'androstandion. Les esters d'acides gras du testostéron ont des effets analogues ou supérieurs à ceux du testostéron associé à un activateur. Il en est ainsi en tout cas avec le formiate, l'acétate et le propionate. Avec le butyrate et le valérianate, les effets sont moindres ; le palmipate et le stéarate sont inactifs. Plus l'ester a un poids moléculaire élevé, plus ses effets sont prolongés, mais plus la dose nécessaire pour obtenir la croissance de la crête de coq est élevée. Sur la vésicule séminale du rat castré, on a constaté que les esters inférieurs ou moyens manifestent une activité rapidement grandissante et qu'on obtient ainsi des effets impossibles à atteindre avec le testostéron seul. Une seule injection d'un ester provoque des effets qui persistent pendant 3 ou 4 semaines. Étant donné les résultats obtenus avec le butyrate on s'est arrêté pour l'usage clinique au propionate, grâce auquel une seule injection suffit pour obtenir des effets considérables. Il est vraisemblable que les différences observées dans les effets des esters sont dus à des différences dans la vitesse de résorption et d'excrétion : le testostéron ne paraît exercer ses effets que quand il atteint un certain degré de concentration.

L'examen histologique a montré que l'adjonction d'activateur n'altère en rien les effets du testostéron sur la croissance des vésicules, de la prostate, etc.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

S. A. Klein (Groningue). ***L'importance de l'antivirus en Chirurgie*** (*Revue de Chirurgie*, t. 5, n° 4, Avril 1937, p. 237-283). — L'antivirus est employé en chirurgie : 1° dans le traitement des blessures infectées et des inflammations ; 2° dans la prévention des infections au cours des interventions abdominales.

Le travail de K. est un important exposé des résultats de l'expérimentation réalisant au mieux les conditions habituelles de l'emploi de l'antivirus en chirurgie. K. se sert d'un stock antivirus mêlé (staphylocoque, streptocoque, entérocoque, colibacille et pyocyanique).

Il est difficile de résumer toute cette série d'expériences, fort bien conduites. On ne peut qu'indiquer certaines des conclusions. L'action prophylactique immunisante paraît certaine dans les plaies aseptiques. L'action thérapeutique dans les plaies infectées est certaine et favorable.

Dans les inflammations constituées, l'action de l'antivirus paraît efficace, mais l'action ne semble pas spécifique. Cela est vrai pour les péritonites, et pour les appendicites.

En clinique humaine, les conclusions sont nécessairement moins nettes que dans l'expérimentation, mais on peut recommander l'usage de l'antivirus pour un effet préventif. Mais quand l'infection est déjà produite, l'antivirus n'a pas une action particulière.

J. Okinczyc.

DIE MEDIZINISCHE WELT
(Berlin)

Victor Schilling. I. ***« Maladie de Wilson abdominale » initiale, anomalies pluriglandulaires et plurivalentes du métabolisme. II. Analyse clinique du syndrome de Wilson*** (*Die medizinische Welt*, t. **11**, n° 11, 13 Mars 1937, p. 340-344 ; n° 12, 20 Mars 1937 ; p. 380-384). — Après avoir donné dans un travail antérieur une observation de « maladie de Wilson abdominale », S. se livre à une analyse de la pathogénie des symptômes présentés par la patiente, objet de cette observation.

L'aménorrhée fait penser à une intervention de l'hypophyse et l'obésité avec virilisme à celle de l'écorce des surrénales dont le fonctionnement pourrait être excité par l'hormone corticotrope de l'hypophyse. Le mal de tête et les vergetures ne sont pas notées dans la maladie de Wilson où, par ailleurs, on observe parfois des exostoses ou des fractures spontanées. Le purpura qui, chez cette malade, était lié aux périodes menstruelles, et la pigmentation, font penser à une action hypophysaire. On doit donc voir dans ces divers symptômes l'expression de troubles du mésocéphale avec retentissement sur l'hypophyse et, secondairement, sur les ovaires et les surrénales.

Par ailleurs, cette malade présentait des symptômes d'origine manifestement splénique : anémie, leucopénie, thrombopénie, avec splénomégalie. Ce dernier symptôme est régulièrement constaté dans la maladie de Wilson. L'existence de polychromasie et de l'urobilinogénurie avec diminution de la résistance des globules rouges fait également penser à une hypersplénie. Entre les lésions de la rate et la cirrhose du foie, il existe des relations étroites et on sait que l'ablation de la rate peut, dans diverses circonstances, arrêter l'évolution de certaines affections du foie et notamment de la maladie de Banti.

Certains signes rencontrés chez cette malade (réaction de Takata, anneau de coagulation de Weltmann, courbe de la glycémie provoquée) se rapportent à une altération sévère du foie, mais aussi à une participation du pancréas et des surrénales, c'est-à-dire à une anomalie de la régulation mésencéphalique.

Parmi les symptômes présentés par la malade en question, il en est qui sont d'une pathogénie moins facile à élucider. Tel est le cas pour la vitesse de sédimentation des globules rouges qui est accélérée dans des proportions considérables. Dans les préparations par dilacération de la rate, on trouve les cellules semées de vacuoles contenant une substance qu'il faut rapprocher des substances azurophiles ou argentophiles qu'on rencontre dans le cerveau. Ces substances existent aussi dans les parois vasculaires et dans certaines cellules hépatiques ; peut-être même sont-elles la cause du gonflement des érythrocytes également constaté chez cette malade. Il y aurait là une anomalie du métabolisme à rapprocher de celui de la maladie de Gaucher et de la maladie de Niemann-Pick. On doit noter que parfois dans la maladie de Wilson on a fait le diagnostic de la maladie de Banti et enlevé la rate. D'autre part, la cirrhose splénomégalique familiale est considérée par Lhermitte et Muncie comme appartenant au groupe de la maladie de Wilson.

En somme, dans le cas observé par S., il y aurait certainement maladie de Wilson et, pour expliquer la diversité des atteintes présentées en pareil cas, il faut songer à une anomalie héréditaire du métabolisme dans laquelle il y aurait un facteur mésencéphalique et un facteur hépato-splénique sans que, par ailleurs, il soit possible, au moyen de la splénectomie, d'arrêter l'évolution de la maladie. En tout cas, on trouve des lésions semblables dans de nombreux organes, lésions qui doivent être rattachées à l'apparition d'un produit anormal, polyvalent et spécifique qui expliquerait l'homogénéité du syndrome.

P.-E. Morhardt.

Henri Vignes. ***Thérapeutique par les préparations thyroïdiennes et antithyroïdiennes en obstétrique et en gynécologie*** (*Die medizinische Welt*, t. **11**, n° 22, 29 Mai 1937, p. 748-751). — Depuis quelques années, V. utilise en obstétrique et en gynécologie des extraits thyroïdiens ou, inversement, des préparations antithyroïdiennes. Au cours de la puberté, notamment, il peut y avoir une diminution des effets de l'hypophyse sur l'ovaire avec utérus infantile et menstruation insuffisante, ou, au contraire, métrorragie. Dans les deux cas, les préparations thyroïdiennes donnent des améliorations frappantes. Chez les femmes adultes, la sécrétion thyroïdienne favorise la maturation du follicule et la transformation de la muqueuse utérine, spécialement pendant la phase de sécrétion. C'est ce qui explique que, dans les insuffisances ovariennes ou les aménorrhées existant en cas de myxœdème, les préparations thyroïdiennes rétablissent souvent le cycle normal. Dans certaines ménorragies, décrites notamment par Hertoghe, accompagnées d'acrocyanose, de frilosité, etc., l'organothérapie thyroïdienne agit souvent d'une façon remarquable.

Dans les états d'hyperthyroïdisme, on rencontre, en général, de l'aménorrhée plus ou moins totale et l'hyperthyroïdisme médicamenteux se manifeste également par des règles insuffisantes et irrégulières. Dans la plupart des cas, les aménorrhées sont dues à une excitation nerveuse par hyperfonction de la thyroïde. C'est à cette pathogénie qu'on doit songer avant tout dans les aménorrhées acquises. Alors une thérapeutique, dirigée sur la thyroïde, donne les résultats les meilleurs. On peut, pour cela, avoir recours aux préparations qui diminuent le métabolisme (iode, arsenic, etc.) tandis que les préparations ovariennes échouent complètement.

L'hyperthyroïdie est souvent cause de stérilité. Dans ces conditions, on comprend que des préparations thyroïdiennes puissent faire disparaître la stérilité quand elles sont administrées soit pour permettre une grossesse, soit pour lutter contre un état d'obésité, soit encore pour régulariser des hémorragies menstruelles profuses. Au cours de la grossesse, la thyroïde a un rôle extrêmement important, notamment au point de vue de la nidation de l'œuf et pour transformer la muqueuse utérine en caduque. On sait, d'ailleurs, que la thyroïde, comme l'hypophyse et comme les surrénales, augmente de volume au cours de la gestation. Cette hypertrophie, qui s'accompagne d'hyperfonction, permet de comprendre les bons résultats obtenus dans les avortements habituels avec les extraits thyroïdiens associés ou non à l'iode. Dans l'avortement menaçant ou débutant, accompagné d'hémorragie, V. a souvent vu ces préparations avoir des conséquences très satisfaisantes.

Dans les vomissements de la grossesse où l'insuffisance thyroïdienne joue souvent un rôle tout au moins partiel, dans les thrombophlébites, dans l'albuminurie due à une néphrite ou à une néphrose de la gestation, les extraits thyroïdiens permettent souvent d'améliorer l'état de la gestante.

De même, dans le *post partum*, l'involution de l'utérus se fait d'une façon ralentie quand il y a hypothyroïdie, de sorte que l'emploi d'extraits thyroïdiens peut être recommandé quand l'utérus ne reprend pas son volume habituel dans les délais normaux. Il en serait de même dans certains cas de phlébites où l'administration de thyroïde agit comme un excellent moyen préventif. La sécrétion lactée peut être efficacement réduite par cette même médication alors que les préparations antithyroïdiennes augmentent remarquablement, tout au moins dans certains cas, la production du lait. Au cours de la ménopause, on observe surtout de l'hyperthyroïdisme qui peut être calmé par les moyens classiques.

Dans un autre groupe de femmes à la ménopause, on observe, au contraire, des signes d'hypothyroïdisme où les bouffées de chaleur sont remplacées par des « bouffées de froid ». Chez ces malades, l'administration de thyroïde a souvent des résultats très remarquables, mais parfois elle suscite rapidement un état d'hyperthyroïdisme. Dans le même ordre d'idées, on constate parfois que les préparations antithyroïdiennes, administrées dans un cas d'aménorrhée, font rapidement apparaître des ménorragies. Les insuccès qu'on rencontre à côté de très beaux résultats sont, d'après V., évidemment dus à l'insuffisance de nos connaissances cliniques.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Plugge et **Birk.** ***Le traitement des malades atteints d'angine de poitrine par la strophantine et ses résultats*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 11, 12 Mars 1937, p. 427). — Le traitement par la strophantine des malades atteints d'agine de poitrine vraie a été préconisé dès 1931 par Eden qui considérait que l'angine s'accompagnait toujours d'une insuffisance myocarditique, encore accentuée par la déficience de l'irrigation du muscle cardiaque au cours des accès. Il y a là un véritable cercle vicieux sur lequel les médications habituelles de l'accès, trinitrine, etc., ne peuvent agir.

La strophantine agissant sur la systole a en outre l'avantage d'être efficace même lorsque le cœur insuffisant ne présente aucune hypertrophie. P. et B. ont utilisé le traitement par la strophantine chez 80 malades présentant de l'*angor pectoris* ou des infarctus myocarditiques. La plupart de ces malades étaient gravement atteints avec crises angineuses presque quotidiennes. Le traitement a consisté dans l'administration de strophantine pendant 4 à 6 semaines en sus de la médication habituelle poursuivie.

56 d'entre eux furent libérés de leurs accès en 5 à 15 jours. Les sujets atteints d'infarctus *récents* ont tous survécu, beaucoup d'entre eux sont redevenus capables d'accomplir un travail modéré. Les malades observent eux-mêmes que des accès qu'ils sentent venir, dont ils perçoivent les symptômes prémonitoires, avortent dès le début du traitement.

Les doses utilisées ont été plus faibles que celles préconisées par Eden. Seuls les infarctus récents ont été traités par 1 milligr. de strophantine en 4 à 6 injections les premières 24 heures. En général la moyenne utilisée était de 0 milligr. 25 ou même 0 milligr. 20 quotidiennement, ces doses n'étant d'ailleurs atteintes que progressivement.

L'avenir de ces malades ainsi améliorés est intéressant à connaître.

32 malades ont pu être interrogés 6 à 18 mois après la fin du traitement :

19 d'entre eux n'avaient plus eu d'accès malgré la reprise de travail, 7 avaient eu des accès très espacés, chez les 6 derniers l'amélioration n'avait duré que quelques semaines.

Il est intéressant d'envisager le côté social du problème posé par ces malades chez lesquels l'amélioration thérapeutique obtenue ne peut subsister qu'à condition de ne leur faire accomplir qu'un travail réduit et peu fatigant.

G. Dreyfus-Sée.

Jagis et **Nagl.** ***Les facteurs exogènes dans les études sur l'anémie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 12, 19 Mars 1937, p. 486-488). — L'étude des rapports entre l'anémie pernicieuse et les avitaminoses, surtout l'avitaminose B_2, constitue une notion moderne jusqu'à présent surtout théorique. On n'a jamais observé en clinique, ni réussi à déterminer chez l'animal une anémie uniquement provoquée par la carence en vitamine B. La pellagre, la sprue, l'anémie tropicale mégalocyte sont des avitaminoses complexes influencées favorablement par une alimentation riche en vitamine B_2.

Le régime mixte habituel ne permet guère l'apparition de manifestations d'avitaminose B, mais J. et N. ont observé des symptômes d'anémie hyperchrome chez des malades atteints de carcinomes œsophagiens nécessitant un régime uniquement liquide.

L'anémie observée leur paraît relever de la carence alimentaire, et ces observations cliniques sont intéressantes à comparer avec les résultats expérimentaux. G. Dreyfus-Sée.

Nagl. ***Traitement de la thrombopénie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 12, 19 Mars 1937, p. 495-498). — Une série d'observations de malades présentant des réactions thrombopéniques et athrombocytiques sont rapportées par N. Chez les malades présentant une diminution du taux de thrombocytes, un essai de traitement par la vitamine C n'amena aucune amélioration, alors qu'une amélioration fut obtenue lors de troubles d'origine capillaire. L'inhibition de la moelle osseuse consécutive à une tumeur splénique importante n'a pas régressé par le traitement vitaminique, tandis que l'ablation de la rate provoqua une augmentation rapide des plaquettes sanguines. L'accroissement des plaquettes fut obtenu aussi par irradiation splénique mais de façon très passagère. Dans un cas une amélioration fut obtenue par la vitamine C dans une thrombopénie post-infectieuse, mais les autres essais restèrent infructueux. G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

R. Hopmann. ***L'élévation matinale du taux de sucre sanguin et urinaire et sa signification pratique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 11, 12 Mars 1937, p. 412-413). — A plusieurs reprises on a insisté sur ce que ce sont les diabétiques résistant au régime et à l'insuline qui tendent habituellement à présenter une hyperglycémie et une augmentation de la glycosurie matinale. Ils semblent avoir une tolérance diminuée le matin, mais les épreuves nécessaires à mettre ce fait en évidence sont difficiles à réaliser en pratique.

Pour préciser le rythme des variations nocturnes et diurnes, H. conseille la recherche en série un jour de jeûne ou de régime strictement végétarien de façon à obtenir une courbe pendant 24 heures englobant à la fois le jour de diète et les premières heures de la matinée du lendemain.

Dans les formes habituelles de diabète, le sucre sanguin s'abaisse pendant la période de diète jusqu'à un certain niveau et y demeure durant la nuit et le lendemain matin. Dans les formes de diabète résistant ou paradoxal, la glycémie s'élève de nouveau entre 4 et 8 heures du lendemain matin malgré l'absence d'apport hydrocarboné.

Quant à la signification théorique de ces faits, il semble qu'elle ne soit explicable qu'en tenant compte des facteurs extra-insulaires, endocriniens ou végétatifs. Nous ne connaissons, en effet, pas de rythme de production quotidienne de l'insuline alors que le fonctionnement rythmique de l'hypophyse et de la surrénale sont des faits établis.

En pratique, les malades présentant ces courbes paradoxales ont habituellement des manifestations accessoires caractéristiques, extra-insulaires, endocriniennes. Chez les malades de ce groupe, H. relève en outre la prédominance féminine, alors que les autres types de diabète se répartissent également entre les deux sexes.

Nombre de cas d'insulino-résistance rentrent dans ce cadre, mais en général ces malades présentent une insulinorésistance surtout matinale alors que le médicament agit fort bien l'après-midi et le soir, de telle sorte que la dose parfaitement tolérée le matin risque de déterminer des accidents hyperglycémiques dans les heures plus avancées de la journée.

Entre ces formes à hyperglycémie matinale et celles que présente une courbe dont l'acmé se produit à midi, tous les intermédiaires peuvent se rencontrer, mais le maximum matinal représente néanmoins un type assez spécial et qui rend nécessaire une répartition particulière de l'insuline avec injection de très bonne heure, vers 6 heures du matin, ou utilisation des formes d'insuline à résorption lente.

G. Dreyfus-Sée.

Beckermann. ***Atrophie jaune aiguë du foie après absorption de préparations d'atophan*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 11, 12 Mars 1937, p. 414-416). — L'atophan et ses combinaisons peuvent agir comme poisons hépatiques, dans certaines conditions allant jusqu'à déterminer une atrophie jaune aiguë du foie. Les conditions favorisantes sont différentes dans chaque cas, ainsi que la valeur de la dose déclenchante : le virus rhumatismal joue un rôle important dans l'étiologie de ces cas. Les cas observés par B. montrent un parallélisme remarquable avec d'autres accidents médicamenteux observés chez les rhumatisants et, en particulier, avec les accidents d'agranulocytose consécutifs à l'administration de pyramidon à des rhumatisants articulaires: fièvre, manifestations cutanées, ictère et leucopénie se rencontrent dans les 2 cas.

Il paraît donc important de souligner la sensibilité spéciale de certains malades vis-à-vis des médicaments, les accidents atophaniques ne constituant qu'un cas particulier de ce problème général.

Cependant quelques règles de prudence s'imposent lors de la prescription de médications atophaniques, et il est préférable de ne pas dépasser la dose quotidienne de 2 gr. et d'instituer, après 2 ou 3 jours de traitement, des pauses prolongées d'environ 15 jours. Enfin, les rhumatisants ayant des antécédents hépatiques ne seront pas soumis à la médication atophanique.

G. Dreyfus-Sée.

Hayek. ***Tuberculose et défense générale de l'organisme*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 12, 19 Mars 1937, p. 441-444). — Le fait que la tuberculose d'un organe doit être considérée comme une affection générale de l'organisme est une notion classique qui a fait instituer les règles générales hygiéno-diététiques bien avant que les notions biologiques et anatomo-pathologiques récentes aient démontré leur bien-fondé.

L'importance capitale de la réaction générale de l'organisme au point de vue de l'évolution des manifestations locales demeure aujourd'hui encore un fait primordial.

Qu'il s'agisse de traitements dits spécifiques (tuberculine), de physiothérapie, de thérapeutique chirurgicale, collapsothérapie, thoracoplastie, interventions sur des ganglions tuberculeux ou sur une tuberculose laryngée, dans tous les cas, le résultat obtenu ne peut être favorable que si l'intervention locale n'est pratiquée qu'en tenant compte de l'état général du sujet et en mettant celui-ci dans les meilleures conditions de défense.

Quant aux réactions biologiques qui pourraient permettre d'apprécier cet état de résistance de l'organisme (réactions sérologiques, temps de sédimentation, etc.) elles ne constituent que des indications qui doivent être jointes au tableau général.

Le problème biologique de la tuberculose demeure l'établissement d'une balance entre les forces d'attaque du bacille tuberculeux et les forces de défense de l'organisme, compte tenu de tous les facteurs individuels qui agissent dans l'un ou l'autre sens.

G. Dreyfus-Sée.

Roloff. ***Y a-t-il chez les tuberculeux une résistance particulière vis-à-vis des maladies infectieuses intercurrentes?*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 12, 19 Mars 1937, p. 444-445). — Quand la tuberculose a pris possession d'un organisme elle le domine totalement. Certes, des manifestations infectieuses peuvent apparaître chez des tuberculeux actifs, et un exemple en est fourni par la possibilité d'infections graves post-opératoires chez les tuberculeux, mais il s'agit là de processus spéciaux, car l'intervention opératoire, même chez le non tuberculeux, peut troubler passagèrement les processus d'immunité. Par contre, il semble se développer, au cours de l'envahissement bacillaire de l'organisme, des

forces qui inhibent l'évolution de processus inflammatoires non tuberculeux, sans qu'on puisse dire s'il s'agit d'un processus de défense de l'individu ou d'une modification du terrain rendu défavorable vis-à-vis des influences nouvelles.

Une enquête précise et très générale dans les divers services hospitaliers, apportant un nombre important de faits précis, serait utile pour servir de base à une étude systématique de cette intéressante question.

G. Dreyfus-Sée.

Rimpau. *Contribution à l'épidémiologie de la fièvre des moissons* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 13, 26 Mars 1937, p. 481-483). — La fièvre des moissons ou fièvre de vase a été observée par R. en 1926 lors d'une épidémie importante en Bavière et il en a fait une description complète (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **74**, n° 22, 3 Juin 1927) que nous avons analysée dans *La Presse Médicale*, n° 94, 23 Novembre 1927, revue des journaux, p. 172.

Des épidémies analogues ont été décrites à la même époque dans le bassin de plusieurs fleuves en Allemagne et en Russie et on a insisté sur leurs relations avec les inondations.

Depuis 1926, quelques petits foyers endémiques avaient été observés à plusieurs reprises, mais en 1933 et en 1936 de nouvelles épidémies plus importantes ont été signalées.

Les caractères cliniques et épidémiologiques correspondent à ceux qui ont été décrits dès 1927.

L'étude précise des conditions épidémiques montre qu'on observe sporadiquement de Juin à Octobre chaque année quelques cas isolés de cette curieuse affection dans les populations occupées aux travaux de moissons des régions inondées par le Danube ; à trois reprises cependant, en 1926, 1933, 1936, ces cas sporadiques ont fait place à la brusque explosion de petites épidémies très limitées.

Il est donc intéressant de rechercher quelles conditions déterminent ces variations épidémiologiques.

L'étiologie par un agent infectieux transmissible est probable, quoique celui-ci n'ait pu être mis en évidence jusqu'à présent. On a pensé expliquer les conditions d'apparition par un agent (virus ou spirochète ?) transmis par les rats des champs ou par des insectes. Les conditions géologiques et météorologiques jouent un rôle indiscutable dans l'extension épidémique de l'affection et leur influence sur le développement et la multiplication des organismes animaux, vecteurs de l'agent infectieux, expliquerait peut-être les variations épidémiologiques annuelles. Des études systématiques auxquelles devraient contribuer les médecins praticiens des régions agricoles proches des fleuves sont indispensables pour élucider les problèmes étiologiques et corollairement établir la prophylaxie de cette affection dont le retentissement social peut être important puisqu'elle immobilise les ouvriers agricoles au moment de la moisson.

G. Dreyfus-Sée.

Seifert. *Age et pronostic chirurgical* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 14, 2 Avril 1937, p. 521-524). — En dehors de certaines affections spéciales à des âges déterminés, il est possible d'établir une courbe de gravité des diverses interventions chirurgicales selon l'âge auquel on est obligé de les pratiquer.

Pour beaucoup d'entre elles, telles que les appendicites aiguës qui surviennent à toutes les étapes de l'existence, le danger paraît exister surtout pour les petits enfants, il est très faible de 20 à 30 ans, puis recommence à croître progressivement à partir de la 40e année. La courbe de mortalité est d'ailleurs inverse de la courbe de fréquence, alors que dans d'autres affections, pour les perforations d'ulcères gastriques par exemple, les 2 courbes sont parallèles. Une étude systématique de toutes les affections chirurgicales fournit à ce point de vue des notions intéressantes et mérite d'être poursuivie.

G. Dreyfus-Sée.

A. Foerster. *Déchirures de la muqueuse gastrique chez les noyés* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 14, 2 Avril 1937, p. 526-529). — Les déchirures de la muqueuse gastrique bien connues dans les traumatismes directs peuvent s'observer aussi quoique plus rarement chez les noyés. Le siège de ces érosions, d'après les observations faites jusqu'à présent, est proche du cardia sur la petite courbure. Dans leur déterminisme jouent d'une part des facteurs mécaniques et d'autre part les conditions physiques et anatomiques de l'estomac.

Les autopsies des noyés sont relativement rares. C'est vraisemblablement pour cela qu'on n'a pas signalé plus fréquemment ces déchirures complètes ou incomplètes de la muqueuse gastrique dont le mécanisme devrait être mieux précisé.

G. Dreyfus-Sée.

F. Kellner. *La lutte autour de l'« Infiltrat » pulmonaire* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 17, 23 Avril 1937, p. 641-643). — Depuis les descriptions classiques de l'infiltrat précoce tuberculeux et de sa valeur dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire, on semble avoir fait en clinique un abus de cette expression. Les études cliniques et radiologiques montrent, en effet, qu'une même image peut correspondre à des entités cliniques, anatomo-pathologiques et étiologiques très différentes, et la confusion qui demeure dans l'esprit des praticiens entre « image d'infiltration pulmonaire » et « tuberculose pulmonaire » est génératrice de nombreuses erreurs. Il importe d'insister sur l'existence d'ombres radiologiques analogues aux infiltrations, mais d'origine pneumonique et non tuberculeuse ; il faut donc mettre en garde radiologues et cliniciens contre une identification trop hâtive de ces ombres avec un processus bacillaire. Une précision terminologique plus poussée serait indispensable pour éviter ces erreurs regrettables.

G. Dreyfus-Sée.

Hübschmann. *Déficience de la régulation des hydrates de carbone* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 18, 30 Avril 1932, p. 697-698). — Chez un malade présentant le tableau clinique typique d'une cachexie hypophysaire grave de Simmonds, les dosages systématiques de la glycémie ont montré un déséquilibre hydrocarboné absolu, des chiffres très élevés de glycémie succédant à des chiffres exceptionnellement bas : à quelques heures de distance on relève en effet les taux de 34 milligr. pour 100 et 900 milligr. pour 100. L'examen anatomo-pathologique permet de penser que ces troubles ont une origine complexe centrale (préhypophysaire) entraînant un trouble de l'élimination cortico-surrénale (adrénaline), ainsi que périphérique par insuffisance des organes chargés de la destruction et de l'élimination du sucre. L'ensemble du fonctionnement des organes régulateurs du métabolisme hydro-carboné est troublé.

G. Dreyfus-Sée.

Zimmermann-Meinzingen. *Rapports entre les affections de la vésicule biliaire et du cœur* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 21, 21 Mai 1937, p. 801-803). — Les interrelations entre le cœur et les voies biliaires sont bien connues et le retentissement habituel des affections touchant l'un de ces organes sur l'autre est une notion classique. La coïncidence d'une lésion cardiovasculaire avec une affection de la vésicule biliaire constitue donc une cause de gravité et sa fréquence apparaît à Z assez notable.

C'est ainsi que sur 453 malades hospitalisés en 2 ans 1/2 à sa clinique, il a observé 26 fois la coïncidence d'une affection aiguë vésiculaire avec des manifestations cardiaques qui étaient surtout des angines de poitrine ou des cardiopathies décompensées.

Ces 2 affections retentissent l'une sur l'autre, la cholécystite contribuant à augmenter la décompensation et inversement des reprises de poussées aiguës vésiculaires pouvant être provoquées par l'évolution des manifestations cardiaques. Quelques observations cliniques montrent les difficultés diagnostiques que posent ces malades mixtes : congestion hépatique par stase circulatoire ou réaction d'angiocholite d'origine vésiculaire ; crises douloureuses vésiculaires ou manifestations douloureuses angineuses de l'infarctus du myocarde, etc.

Le traitement dépend de la précision du diagnostic et son institution précoce est très important pour éviter les accidents graves.

G. Dreyfus-Sée.

M. Kaiser et J. Zappert. *Recherches sur les séquelles des encéphalites vaccinales* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 21, 21 Mai 1937, p. 803-806). — La connaissance des séquelles graves, apparues tardivement après les encéphalites léthargiques, justifie des inquiétudes en ce qui concerne l'avenir des sujets ayant présenté d'autres formes d'encéphalite, telles par exemple que les encéphalites vaccinales.

Cependant, eu égard au nombre considérable de cas connus d'accidents encéphalitiques post-vaccinaux, les complications tardives paraissent exceptionnelles ; mais il faut signaler que peu de recherches systématiques ont été poursuivies à ce point de vue. K. et Z. se sont attachés à réexaminer tous les survivants parmi les nombreux enfants ayant présenté ces accidents de 1929 à 1933.

Les 110 enfants ainsi surveillés n'ont présenté aucune des manifestations motrices, sensorielles, vasomotrices ou sensitives qui rendent si redoutable l'encéphalite léthargique. Seuls sont relevés des troubles minimes tels que : anomalie légère des réflexes, troubles minimes de la sensibilité dans le domaine du facial ; dans un cas légère spasticité des membres inférieurs ; quelquefois troubles fonctionnels de la miction persistant chez des enfants qui avaient eu une rétention d'urines pendant leur encéphalite aiguë. Chez 2 enfants observés peu après le stade aigu, existait une hémiplégie cérébrale infantile qui a disparu en 3 ans chez l'un d'eux, mais persiste encore après 10 mois chez l'autre.

Il ne faut donc pas nier la possibilité de manifestations nerveuses cérébrales graves et durables dans ce type d'encéphalite comme dans les autres encéphalites aiguës, mais cette éventualité demeure heureusement exceptionnelle.

G. Dreyfus-Sée.

Schmidt-Lange et Schreck. *Mensuration des érythrocytes chez les sujets sains ou malades* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 23, 4 Juin 1937, p. 886-889). — L'appréciation du diamètre moyen des érythrocytes à l'aide de l'appareil de mesure fabriqué par Bock et Griesbach en 1933 et basé sur l'halométrie est aisée et rapide.

Une description de l'appareil et de son maniement montre qu'avec de bons étalements de sang non coloré il est facile de pratiquer la mensuration sans dépasser une marge d'erreur de 0,2 μ.

Le diamètre des érythrocytes de sujets sains oscille entre des limites très rapprochées : 7 μ 48 chez un sujet de 63 ans, 7 μ 90 chez une femme de 19 ans sont les chiffres extrêmes relevés, la moyenne demeurant autour de 7,7 μ.

Une série d'épreuves a permis d'établir les variations du diamètre au cours de l'hépatothérapie de

l'anémie pernicieuse, lors des efforts intenses, après les injections d'insuline, etc.

Par contre, les essais de mensuration des leucocytes et des autres cellules à l'aide du même appareil sont demeurés infructueux. De nouvelles expériences sont en cours sur les variations globulaires des animaux ayant subi des émissions sanguines abondantes, ou soumis à une intoxication par des gaz de combat et d'autres produits toxiques.

G. Dreyfus-Sée.

Adelheim. *Leucémie myéloblastique aiguë après impaludation pour paralysie générale* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 23, 4 Juin 1937, p. 889-890). — L'existence de malaria dans les antécédents des sujets atteints de leucémie myéloïde n'est nullement exceptionnelle.

Cependant, malgré les nombreuses impaludations pratiquées, on ne relève pas d'observation de leucémie survenue secondairement chez ces sujets.

L'observation de A. qui a constaté l'existence de symptômes manifestes cliniquement de leucémie myéloïde aiguë mortelle vérifiée à l'autopsie chez une malade traitée par l'impaludation pour une paralysie générale est donc intéressante à signaler. L'évolution aiguë après la malariathérapie, l'absence de symptômes cliniques avant l'impaludation permettent de penser que la malade dont le sang n'avait pas été examiné était antérieurement indemne. Malgré la rareté de tels faits, A. croit devoir insister sur la nécessité de pratiquer un examen systématique du sang des sujets chez lesquels on décide d'appliquer la malariathérapie.

G. Dreyfus-Sée.

Lignac. *Anomalie rénale, retard de croissance, rachitisme et trouble du métabolisme de la cystine* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. **84**, n° 24, 11 Juin 1937, p. 921-923). — L'association de ces divers troubles a été constatée par L. chez 4 nourrissons en 1924; depuis, 3 autres observations ont été publiées, de telle sorte qu'on peut admettre qu'il s'agit bien là d'un syndrome clinique caractérisé.

Les cas publiés concernent 5 garçons de 21 mois, 1, 2, 3 et 16 ans et 2 filles de 14 mois et 12 ans ; il est donc possible de décrire deux formes : infantile et juvénile. A 2 reprises existait une hydrocéphalie qui paraît un symptôme accessoire. De même les signes de diabète sucré ou de diabète rénal ne peuvent être considérés que comme des manifestations accessoires occasionnelles. Par contre, les anomalies rénales se rencontrent dans tous les cas : néphrite interstitielle ou parenchymateuse, pyélonéphrite aiguë, etc. Le retard de croissance aboutit à un véritable nanisme ou à un infantilisme modéré ; cet infantilisme a été considéré comme caractérisant l'infantilisme rénal.

Le rachitisme est constant.

L'examen anatomo-pathologique ainsi que les recherches cliniques montrent des troubles accentués des échanges cystiniques ; il existe un véritable dépôt de cystine dans tous les organes, surtout dans la rate, parfois aussi très accentué dans les bassinets et les uretères.

Les relations entre les divers éléments constitutifs du syndrome sont intéressants à étudier, en particulier les questions du rachitisme et de l'infantilisme rénal méritent discussion.

Le rôle des anomalies de l'élimination cystinique dans le mécanisme des troubles de la croissance, de l'assimilation et du fonctionnement rénal de ces sujets n'est vraisemblablement pas négligeable ; des expériences sur les souris semblent confirmer cette hypothèse.

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Berlin)

Otto Diebold (Göttingen). ***Vasomotricité du poumon*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. **248**, fasc. 10-11-12, Mars 1937, p. 611-675). — Etude anatomique et physiologique des nerfs vasomoteurs du poumon.

Le plus souvent, l'adrénaline, à la dose physiologique (1/100-1/200 milligr.), détermine une vasoconstriction pulmonaire. Quelquefois, cependant, la vaso-dilatation a été observée ; dans cette éventualité, D. admet qu'il ne s'agit pas d'une action réflexe du pneumogastrique.

L'action constrictive de l'adrénaline consiste dans une excitation des terminaisons nerveuses du sympathique périphérique dans les vaisseaux pulmonaires.

L'acétylcholine, agissant sur le parasympathique, a une action vaso-dilatatrice sur les vaisseaux pulmonaires.

L'inhalation d'acide carbonique provoque régulièrement une diminution de la circulation pulmonaire; si on y ajoute la section du pneumogastrique juste au-dessus du hile, on observe une vasoconstriction pulmonaire.

L'excitation électrique directe du bout périphérique du pneumogastrique sectionné dans sa portion thoracique et convenablement atropinisé conduit à une vaso-constriction pulmonaire.

D. conclut que la fonction constrictive appartient au sympathique, la fonction dilatatrice au parasympathique. Il admet que nos données anatomiques et physiologiques doivent être utilisées dans le cas de complications pulmonaires graves post-opératoires.

P. Wilmoth.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Szentkiralyi. *Dermatose causée chez des pêcheurs de rivière par des éponges d'eau douce* (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **104**, n° 20, 15 Mai 1937, p. 602-606). — Les pêcheurs hongrois qui pêchent dans les bas-fonds et les étangs qui bordent la Tisza (Theiss), rivière qui coule dans la plaine hongroise, sont fréquemment atteints d'une dermatose atteignant les cuisses, jambes, avant-bras, ventre, en un mot les parties du corps qui sont au contact de l'eau.

L'affection débute par un violent prurit, suivi bientôt de plaques rouges, entourant des papules grosses comme une tête d'épingle ou un pois ; les malades arrachent les papules en se grattant avec leurs ongles et les papules excoriées se recouvrent de croûtes brun noirâtre ; çà et là existent des infections secondaires. La lésion guérit en une semaine en laissant une pigmentation brunâtre ; mais dès que le pêcheur retourne dans l'eau, de nouvelles lésions apparaissent.

Au point de vue étiologique, il fut facile d'éliminer les piqûres de mouches ou de moustiques, de larves d'insectes, les poisons de plantes urticantes.

La biopsie d'un fragment de peau atteinte donna la clé du problème en montrant dans le derme la présence de piquants provenant d'éponges d'eau douce : *euspongilla*, *trochospongilla*, *carteria* et surtout *ephydatia Mulleri*.

R. Burnier.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE (Leipzig)

F. Leip et **Karl Otto** (Hambourg). ***Un cancer du col ayant pour point de départ une leucoplasie observée pendant 12 ans*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. **61**, n° 5, 30 Janvier 1937, p. 242-248). — Toute plaque de leucoplasie constatée sur le col utérin doit entraîner l'amputation du col car, tôt ou tard, elle est appelée à se transformer en épithélioma. C'est d'ailleurs une vieille notion dont la preuve avait été fournie dès 1907, tant en Allemagne qu'en France. L'observation de L. et O. en est un utile rappel. Leur malade avait présenté une plaque de leucoplasie sur la lèvre antérieure du col en 1924. Surveillée pendant 11 années, cette plaque ne commença à dégénérer qu'en 1935. La malade s'entêta à refuser toute biopsie et toute opération pendant dix-huit mois. On fit alors une amputation du col et la lésion fut étudiée sur 3.200 coupes faites en série. Une hystérectomie vaginale fut alors pratiquée.

A dire vrai, on est un peu surpris que dans ce cas L. et O. n'aient pas traité cette lésion par les radiations.

Desmarest.

Reinhold Wagner (Hambourg). ***Le diagnostic clinique de la grossesse par le procédé de Visscher et Bowman*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. **61**, n° 5, 30 Janvier 1937, p. 262-265). — De l'article de W. se dégage cette notion importante que la réaction de Zondek reste très supérieure à celle décrite par Visscher et Bowman dans le numéro 5 du *Zentralblatt für Gynäkologie* de 1935 et que cette dernière n'est pas en mesure de fournir, dans la pratique courante, les renseignements donnés par le Ascheim-Zondek.

Desmarest.

Bohuslav Ostadal (Prague). ***La réaction chimique de la grossesse de Visscher-Bowman*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. **61**, n° 5, 30 Janvier 1937, p. 266-268). — Si l'on en croit Visscher et Bowman, leur réaction donne 93 pour 100 de résultats positifs chez la femme enceinte, mais O., contrairement aux conclusions de Menken, de Dolff et Wiesener, n'a pas obtenu le pourcentage élevé de succès que mentionnent ces auteurs.

On sait que la réaction de V.-B. décèle chimiquement l'accroissement de l'hormone du lobe antérieur dans les urines des femmes enceintes. O., par une série d'expériences faites avec différentes préparations hormonales, arrive à cette conclusion que c'est moins à la présence d'hormones du lobe antérieur qu'à celle des hydrates de carbone qu'est due la réaction de Visscher-Bowman.

En effet, chez les femmes enceintes depuis plusieurs mois et présentant de la lactosurie, la réaction est toujours positive.

Sur 66 femmes enceintes, la réaction de Visscher-Bowman a été 26 fois positive, 23 fois négative et 17 fois douteuse.

Sur 56 femmes qui n'étaient pas enceintes, 3 fois la réaction a été positive, 45 fois négative et 8 fois douteuse.

Enfin, dans 4 cas où la réaction de Ascheim-Zondek était positive, la réaction de Vischer-Bowman a été 2 fois négative et 2 fois douteuse.

Si la réaction de Vischer-Bowman est employée en pratique, il faut bien savoir qu'elle n'est pas spécifique de la présence d'hormone dans l'urine des femmes enceintes.

Desmarest.

N. J. Kustallov (Astrakan). ***Réaction permettant de diagnostiquer la grossesse normale ou ectopique au moyen des infusoires*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. **61**, n° 5, 30 Janvier 1937, p. 269-277). — Voici une nouvelle réaction qui, si la valeur que lui attache K. est confirmée, sera accueillie par tous les gynécologues avec une grande satisfaction. En effet, si la réaction d'Ascheim-Zondek permet d'affirmer l'existence d'une grossesse utérine en évolution, elle est trop lente lorsqu'il s'agit de reconnaître une grossesse ectopique réclamant une décision rapide. Or, K. apporte une méthode qui permet en quelques minutes d'obtenir une réponse positive ou négative. Il fait usage d'un infusoire, le *ciliata para-*

maecium caudatum qui, dans une goutte de liquide, est animé de mouvements rapides. Une solution de foin permet d'obtenir l'infusoire témoin. Une goutte de cette solution étant déposée sur une lame et observée au microscope sans lamelle interposée, on voit les infusoires petits et gros se mouvoir rapidement. K. prend alors une goutte d'une urine de femme et l'ajoute à la solution examinée. Si la femme est enceinte, aussitôt les infusoires tendent à se réunir en petits amas à la manière d'une agglutination, puis après un temps variant de 1/2 minute à 2 ou 3 minutes, tous s'immobilisent.

K. considère que la persistance des mouvements après 5 minutes permet d'affirmer que la réaction est négative et que la femme n'est pas enceinte.

Si les mouvements ne s'arrêtent qu'après deux minutes, la réaction est douteuse. Or, il semble que parfois l'arrêt est total au centre de la goutte mais que les animalcules placés à la périphérie gardent quelques mouvements, comme si ces derniers vivaient plus longtemps.

C'est là que l'interprétation paraît devoir être plus difficile car d'après K., si au centre de la goutte les mouvements sont arrêtés mais qu'il existe à la périphérie des animalcules agités de vifs mouvements, la réaction doit être considérée comme négative.

Une telle réaction entraîne un certain nombre de questions que K. s'est posées.

1° Quelles sont les substances agissant sur les mouvements des infusoires ?

2° Quels sont les produits ayant la plus forte action ?

3° Comment peut-on retarder ou accélérer l'arrêt du mouvement ?

4° Comment agissent sur les infusoires les toxines qui doivent exister dans l'urine au cours des affections gynécologiques fébriles, de l'eclampsie ou de la septicémie ?

Les agents principaux qui agissent sur les infusoires paraissent être les albumines, les lipoïdes, les hydrates de carbone et les hormones peut-être, du moins en partie. En effet, si l'on procède par exclusion en étudiant les corps composants et les toxines de l'urine, on arrive à ne retenir que les corps ci-dessus mentionnés.

Il semble que l'arrêt des mouvements des infusoires soit plus rapide dans les cas de grossesse ectopique, plus lent dans les derniers mois de la grossesse normale et qu'il soit très lent ou nul dans les grossesses toxiques (éclampsie). De même s'il existe quelque complication septique l'arrêt des mouvements est en général retardé.

K. conclut de ses recherches que cette réaction extrêmement simple dépasse en précision dans les grossesses ectopiques toutes les autres réactions connues jusqu'à ce jour.

Desmarest.

H. H. Schmid (Reichenberg, Bohême). ***Prophylaxie des thromboses et des embolies post-opératoires*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. **61**, n° 6, 6 Février 1937, p. 307-317). — La prophylaxie des thromboses et des embolies post-opératoires pose un problème qui n'est pas encore résolu. On sait que König en 1933 avait préconisé le sympatol et les inhalations de CO^2, au moment de la fermeture de la paroi. D'autres avaient conseillé l'emploi du cardiazol.

Enfin Sussi en 1934 et Klapp ont essayé de surélever très fortement les pieds du lit pendant une heure par jour pour activer la circulation dans les membres inférieurs.

S. après avoir essayé ces diverses méthodes en est arrivé à tenir ses grandes opérées pendant cinq jours dans un lit dont les pieds sont surélevés. Le seul inconvénient est que beaucoup de malades souffrent d'avoir la tête basse.

Entre 1927 et 1934, sur 2.463 graves opérations, S. a observé 81 phlébites avec 22 morts par embolies pulmonaires.

Depuis 1935 où il surélève les pieds de ses malades, en un an et demi sur 500 grosses opérations, S. n'a observé aucune phlébite ni aucune embolie.

C'est un moyen simple et économique, mais il faudrait une statistique plus nombreuse pour arriver à une conclusion certaine. Dans une note complémentaire S. signale dans les derniers mois 2 cas de phlébite récidivante de la saphène et 3 cas mortels d'embolies pulmonaires. Mais il convient d'ajouter que sur ces 3 dernières opérées atteintes de fibromes ayant beaucoup saigné, S. avait constaté 2 fois au cours de l'opération l'existence de thromboses dans les veines du paramètre. Ce ne sont donc plus à proprement parler des cas de phlébites post-opératoires. On ne saurait rien négliger pour lutter contre l'embolie post-opératoire qui reste, comme le disait en 1935 Snelle, de la Clinique Mayo, la cause de 8 à 10 pour 100 des morts post-opératoires.

A retenir que Specht aurait eu d'excellents résultats par l'autohémothérapie en réinjectant 40 cmc de sang.

Desmarest.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Walter F. Schaller, K. Tamaki et Henry Newman. ***Nature et signification des pétéchies hémorragiques multiples dans les traumatismes du cerveau*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. **37**, n° 5, Mai 1937, p. 1048-1077). — L'étude des traumatismes du système nerveux a été l'objet des remarquables travaux de Schmaus, de Jacob, de Lhermitte. S., T. et N. y apportent une contribution nouvelle.

L'ensemble des troubles consécutifs aux traumatismes du système nerveux central, qui mérite le nom d'encéphalopathie traumatique, relève de deux mécanismes différents : 1° la contusion cérébrale qui détermine des altérations immédiates et définitives du tissu nerveux ; 2° la commotion qui se traduit au contraire par un processus lésionnel évolutif, et en partie réversible. Les commotions sévères déterminent des altérations dégénératives du tissu nerveux, et provoquent un déséquilibre vaso-moteur de la circulation cérébrale. Les pétéchies hémorragiques profondes qui en résultent sont la conséquence d'une vaso-dilatation, suivie de préstase avec anoxémie, qui entraîne une altération des parois vasculaires, ayant pour conséquence des hémorragies périvasculaires avec diapédèse.

Ces pétéchies sont rarement la conséquence de ruptures vasculaires. Des pétéchies récentes s'observent chez les animaux dont la survie a été le plus longue. Elles sont nombreuses dans la substance blanche du cerveau et les noyaux gris centraux, plus rares dans l'écorce. Elles siègent fréquemment autour des artérioles, rarement autour des capillaires. La thrombose et la dégénérescence hyaline des vaisseaux sont une conséquence fréquente de la commotion.

La théorie vaso-motrice ne peut expliquer les foyers d'apoplexie et de ramollissement cérébral tardifs, rares d'ailleurs.

La présence des pétéchies hémorragiques profondes est caractéristique de la commotion cérébrale, et permet de distinguer la contusion de la commotion.

H. Schaeffer.

Armando Feraro. ***Processus de démyélinisation primitif du système nerveux central. Essai d'unification et de classification*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. **37**, n° 5, Mai 1937, p . 1100-1161). — F. passe en revue toute les affections démyélinisantes du système nerveux central, familiales ou non, aiguës, subaiguës ou chroniques, procédant par lésions limitées en plaques, ou par lésions diffuses. Du point de vue clinique comme histopathologique F. ne pense pas qu'il soit possible d'établir des barrières absolues, des cloisons étanches entre toutes ces affections. Il croit à la variabilité des aspects cliniques comme des lésions anatomiques, et estime qu'il existe des formes intermédiaires ou de passage entre toutes les affections.

F. dresse ainsi un tableau où il réunit, suivant leur caractère familial, évolutif, le type disséminé ou massif des lésions : toutes les leuco-encéphalomyélites ou toutes les leuco-encéphalo-myélopathies suivant qu'il s'agit d'affections d'origine toxique ou infectieuse ; la sclérose en plaques ; la neuromyélite optique ; l'encéphalo-myélite disséminée ; les encéphalites aiguës primitives ou symptomatiques ; les processus démyélinisants avitaminosiques ou des anémies pernicieuses ; l'encéphalo-myélite périaxiale diffuse ; la démyélinisation concentrique de Balo ; la sclérose multiple familiale ; la sclérose diffuse infantile, ou maladie de Kräble ; la maladie de Pelizaeus-Merzbacher ; la maladie de Scholz et la maladie de Ferraro.

F. joint à ce tableau tous les types de lésions démyélinisantes survenant chez l'animal.

Cet essai d'unification et de simplification est certes méritoire, mais aux Etats-Unis même il a soulevé bien des oppositions. Il a indiscutablement le tort de placer sur le même plan les affections les plus courantes et les maladies les plus exceptionnelles, et Wechsler se demande si au lieu de simplifier les choses il ne les complique pas !

H. Schaeffer.

ARCHIVES OF SURGERY (Chicago)

David H. Kling (Los Angeles). ***Adipose douloureuse juxta-articulaire*** (*Archives of Surgery*, t. **34**, n° 4, Avril 1937, p. 599-630). — Le syndrome d'adipose douloureuse péri-articulaire est une chose connue mais qui jusqu'ici a été assez mal étudiée. K. en a étudié 112 cas. L'apparition de masses lipomateuses autour des articulations survient le plus fréquemment chez les multipares aux environs de la ménopause ; presque toujours il s'agit d'une atteinte bilatérale des genoux (95 pour 100), rarement l'atteinte est unilatérale au niveau du genou ; le coude, puis le cou-de-pied sont les articulations qui peuvent être prises avec une certaine fréquence.

L'étude des malades en question montre qu'il y a presque toujours coexistence d'hypertension artérielle, d'état variqueux des jambes et souvent de pied plat. Les troubles fonctionnels plus ou moins marqués se résument en sensations douloureuses, impressions de faiblesse et troubles circulatoires dont les plus fréquents sont les troubles de cyanose périphérique.

Les relations de cette adipose péri-articulaire sont étudiées particulièrement dans ses rapports avec les ostéo-arthrites et l'auteur signale que dans 60 pour 100 des cas il y a concomitance d'ostéo-arthrite de l'articulation atteinte.

L'étiologie précise d'une telle manifestation est mal connue. Dans les antécédents de ces malades on trouve des opérations d'appendicite, de cholécystite et surtout de castration ; l'hypofonctionnement glandulaire avant tout des ovaires, du corps thyroïde et de l'hypophyse est fréquemment rencontré. Le métabolisme basal est souvent à 33 pour 100 au-dessous de son niveau normal, on rencontre fréquemment une élévation du taux de la cholestérine sanguine. En conclusion on peut admettre qu'il existe des rapports intimes entre cette adipose douloureuse péri-articulaire et le syndrome de Dercum, le premier n'étant peut-être que le début du second.

Le traitement est assez décevant, les différentes

préparations médicales, les agents physiques variés ne semblent pas influencer cette affection. Un cas est signalé par K. comme ayant été amélioré par l'extirpation.

F. d'Allaines.

ORVOSI HETILAP (Budapest)

J. Kramar. ***Sur le rhumatisme aigu de l'enfance*** (*Orvosi Hetilap*, t. 81, n° 4, 23 Janvier 1937, p. 76-78). — K. constate que le rhumatisme aigu, relativement rare autrefois dans les pays de l'Europe centrale, est devenu dans ces dernières années de plus en plus fréquent. Il estime en plus, que parallèlement à cette augmentation de la maladie, le caractère du rhumatisme aigu a aussi beaucoup changé. Les cardiopathies passent au premier plan; le nodosités rhumatismales et l'érythème annulaire sont fréquents; la limite d'âge de la maladie s'est abaissée; l'anémie est devenue fréquente et quelquefois très grave dans le rhumatisme aigu.

A l'appui de ses nombreuses observations, K. estime qu'en dehors des localisations connues de cette maladie, l'agent nocif du rhumatisme aigu attaque fréquemment le foie et cause le syndrome d'une hépatite simple.

Dans la thérapeutique de cette maladie, K. considère que l'action du pyramidon et des salicylates est surtout efficace au début de la maladie. Selon lui, les sels des métaux lourds n'ont pas d'action thérapeutique satisfaisante. La suppression de l'allergie streptococcique par désensibilisation ne préserve pas les malades des récidives.

K. estime très efficace l'action des petites transfusions sanguines répétées.

A. Blazso.

S. Lorand. ***La classification tocographique du travail normal et pathologique de l'accouchement*** (*Orvosi Hetilap*, t. 81, n° 20, 15 Mai 1937, p. 523-525). — L. a fait connaître l'appareil (le tocographe) qu'il a construit et avec lequel il est possible d'analyser le travail d'accouchement de l'utérus ainsi que celui des muscles de la paroi abdominale. Dans cet article, L. expose les travaux faits avec cet instrument sur les femmes en couches. On peut ainsi enregistrer dans le travail de l'accouchement 7 types caractéristiques:

1° Le travail normal;
2° Le travail optimal;
3° Le travail avec hypotonie de l'utérus;
4° Le travail avec normotonie de l'utérus;
5° Le travail avec hypertonie de l'utérus;
6° Le travail hypotonique avec des contractions prononcées;
7° Le travail hypertonique, mais avec des contractions normales.

L. estime qu'avec sa méthode tocographique il est possible de réaliser une intervention thérapeutique rationnelle et individuelle dans les accouchements pathologiques.

A. Blazso.

B. Issekutz, M. Leinzinger, Z. Dirner et **B. Issekutk jun.** ***Sur l'effet pharmacodynamique de la thyroxine*** (*Orvosi Hetilap*, t. 81, n° 22, 29 Mai 1937, p. 567-571). — I., L., D. et I. traitent dans ce ouvrage les recherches qu'ils ont poursuivies, depuis de nombreuses années, sur l'effet pharmacodynamique de la thyroxine.

Ils n'admettent pas la théorie de Mansfeld et ses collaborateurs qui estiment que la thyroxine du centre nerveux parvient aux cellules par la voie des nerfs: ainsi son effet sur le métabolisme basal est dû à une action cellulaire et non à une action centrale.

I., L., D. et I. démontrent le contraire à l'aide d'expériences très variées. Entre autres, ils observent que la thyroxine augmente le métabolisme basal des animaux et que cette augmentation peut être supprimée par la narcose au gardénal et en sectionnant le bulbe cérébral des sujets. Analysant cette expérience, ils considèrent que ce phénomène, ainsi que les autres observations, ne peuvent être autrement expliqués que par le fait suivant: l'effet pharmacodynamique de la thyroxine est cérébral. L'hormone, par l'excitation des centres du métabolisme basal, peut activer la vie cellulaire.

A. Blazso.

A. Koranyi et **A. Szent-Györgyi.** ***Le traitement de l'acidose diabétique par l'acide succinique*** (*Orvosi Hetilap*, t. 81, n° 24, 12 Juin 1937, p. 615-618). — A l'appui des recherches de Emden et de Annau, K. et S.-G. ont supposé que dans le diabète sucré, l'acétone ne dérive pas des graisses mais de l'acide pyruvique. Ainsi, cette substance doit être aussi la matière de base des acides organiques du sang et de même l'origine de l'acidose diabétique.

Par cette supposition, la cause de l'acétonémie et de l'acétonurie diabétique est la fonction catalytique troublée des acides dicarboniques à quatre atomes de charbon, dont une substance essentielle est l'acide succinique.

Se basant sur cette théorie, K. et S.-G. ont essayé d'influencer l'acidose diabétique par l'acide succinique. Ils ont administré aux malades, journellement, de 10 à 5 gr. de cet acide et, dans cinq cas, ils ont obtenu de bons résultats. Sous l'influence de l'acide succinique il était possible dans tous les cas d'arrêter l'acétonurie, quoiqu'ils n'ont trouvé aucune influence de cette matière sur la glycosurie et sur l'hyperglycémie.

K. et S.-G. estiment que dans l'acide succinique ils ont trouvé un médicament efficace contre l'acidose diabétique, et qu'il serait possible à l'aide de cette substance d'étudier le syndrome de l'acidose.

A. Blazso.

NORSK MAGASIN for LAEGEVIDENSKAPEN (Oslo)

Ketil Motzfeldt. ***Traitement de l'érysipèle par le « prontosil »*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, n° 6, Juin 1937, p. 631-637). — M. a traité 20 cas d'érysipèle avec du prontosil (sulfamidochrysoïdine et ses dérivés: prontosil soluble et prontosil album, ou septazine). Chez tous les malades la fièvre est tombée après 2-3 jours. L'érythème a disparu très rapidement et l'effet sur l'état général a été tel que la durée moyenne de la fièvre a été de 3-4 jours dans les cas traités, et de 9 jours chez les autres.

Dans 6 cas de septicémie, par contre, les résultats n'ont pas été bons, avec des doses de 5 cmc par jour.

J.-H. Vogt.

Olav Devold, Finn Batt, Karl Closs et **Julie Backer.** ***Une étude sur le goitre dans le district de Modum*** (*Norsk magasin for Lægevidenskapen*, n° 7, Juillet 1937, p. 899-935). — D., B., C. et B. ont examiné 5.460 individus dans le district de Modum, en Norvège, dont 4.398 nés dans ce district. Seuls ceux-ci sont compris dans les tableaux statistiques. Pour l'examen de la glande thyroïde on employa la méthode de Hunziker. On a trouvé une proportion de goitre de 65,6 pour 100. La fréquence est la plus grande chez les enfants d'âge scolaire. Parmi les femmes le plus grand nombre des goitres se situe entre 20 et 30 ans.

La fréquence est plus grande chez les paysans que chez les ouvriers de l'industrie. Dans les districts ruraux 15 pour 100 seulement de la population consomment du poisson de mer une fois par semaine, alors que les districts industriels en consomment 63,5 pour 100.

D., B., C. et B. décrivent une méthode pour l'analyse de l'iode. Une carence en iode fut constatée par l'examen de l'eau de boisson, et par celui de l'urine. L'analyse de lait et d'œufs du district donna le même résultat. A l'hôpital régional on a trouvé que 97 des goitres opérés sont des goitres noueux et seulement 12 des goitres colloïdes.

D., B., C. et B. discutent les mesures prophylactiques, considérant l'augmentation de la consommation du poisson de mer comme une très bonne mesure, mais difficile à réaliser. L'introduction de sel de cuisine iodé est recommandée.

J.-H. Vogt.

Johan Haffner. ***Tumeur de l'ovaire virilisant. Arrhenoblastoma*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, n° 8, Août 1937, p. 1027-1037). — H. rapporte l'histoire d'une femme de 32 ans qui, depuis deux ans, présente des symptômes de virilisation. A l'opération, on a enlevé une tumeur de l'ovaire grosse comme deux poings, qui à la biopsie se présenta comme un arrhénoblastome (Andreioblastoma, Robert Meyer, 1930) du groupe atypique (30 cas décrits jusqu'ici). Il y avait une abondance inaccoutumée de cellules interstitielles (Leydig).

J.-H. Vogt.

NORDISK MEDICINSK TIDSKRIFT (Stockholm)

G. Bergmarg. ***Le syndrome d'Adie*** (*Nordisk medicinsk tidskrift*, t. 14, n° 30, 24 Juillet 1937, p. 1169-1176). — Ce syndrome, décrit par Adie en 1932, se compose de pupillotonie et d'absence de réflexes tendineux. B. en a examiné 18 cas, dont la majorité est atypique. La genèse et l'étiologie sont inconnues. Il ne s'agit pas de syphilis et très probablement pas d'encéphalite. Il y en a des cas qui, à la suite d'un examen trop superficiel, peuvent être pris pour un syndrome d'Argyll-Robertson. A part cet inconvénient le syndrome est sans gravité, ne tendant pas à évoluer.

J.-H. Vogt.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Otto Gsell. ***Le diagnostic actuel de la paralysie infantile épidémique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 23, 5 Juin 1937, p. 509-513). — G. remarque qu'en s'en tenant aux symptômes notés par les traités modernes comme caractéristiques de la paralysie infantile, on risque de méconnaître une forte proportion des cas de ce genre comme le lui ont montré les observations récemment faites en Suisse où, pendant 1936, une épidémie sévère a sévi (1.200 cas contre 65 à 351 observés annuellement depuis 1920).

G. donne l'observation d'une famille affectée par une épidémie très caractéristique. Cette famille, comprenant 3 enfants et 1 servante de 28 ans, arrive le 16 Octobre 1936 dans une commune infectée par la poliomyélite. Le 19 Octobre le 2e enfant présente de la fièvre, du malaise et un accès de diarrhée puis le 5e jour des douleurs dans le trapèze gauche. L'aîné présente également de la diarrhée et des vomissements qui durent un jour. Le 3e tombe, lui aussi, malade le 22 Octobre avec de la fièvre, un léger méningisme et des signes caractéristiques; la servante est affectée le 25 Octobre de signes de méningisme ainsi que le père qui n'a pu se ménager et chez qui on a observé en outre du vertige, de la bradycardie, etc.

Cette observation amène à admettre que le symptôme dominant est constitué cliniquement par la raideur de la nuque et par le méningisme. Cette raideur est rendue manifeste par le *Spine-sign* (impossibilité pour l'enfant de toucher le genou avec la bouche) et le signe d'Amoss (impossibilité

pour le malade couché les bras croisés de s'asseoir sur le lit). En outre, on constate le signe de Kernig, le signe de Lasègue et le signe de Brudcinzk et parfois de l'opisthotonos. L'examen du liquide céphalo-rachidien n'indique rien de très caractéristique au point de vue de la pression, du nombre de cellules, de la teneur en protéines ou en sucre. Par contre, l'examen de la réaction colloïdale du liquide rachidien constitue un progrès essentiel. Par exemple, dans 70 cas de poliomyélite la réaction de l'or colloïdal a présenté entre le 3e et le 7e jour une courbe caractéristique. Ces altérations s'accentuent ultérieurement pour atteindre leur maximum vers la 2e ou la 3e semaine et ne revenir à la normale dans les cas sévères qu'entre le 3e et le 5e mois. Pour avoir une idée de ces phénomènes, il est d'ailleurs nécessaire — étant donné qu'on ne peut pas faire une courbe journalière du même malade — de comparer de nombreux cas. Les constatations ainsi faites sont d'une interprétation généralement simple car les maladies comme la syphilis, la sclérose multiple, le tumeurs, l'encéphalite primitive qui pourraient les perturber peuvent être facilement éliminées chez les enfants et chez les adolescents.

A côté de ces symptômes on trouve l'élévation de la température qui est souvent nulle au début, le mal de tête et les autres symptômes d'infection générale qui peuvent également manquer, les paralysies qui sont relativement plus fréquentes, le fait que le sensorium n'est jamais troublé et qu'il y a ordinairement leucocytose légère et accélération modérée de la sédimentation.

Au point de vue pronostic, G. remarque que sur les 190 cas qui ont été observés dans l'ensemble du canton de Saint-Gall entre le 8 Juin et le 25 Octobre 1935, il y a eu 3,7 pour 100 de décès, 71 pour 100 de guérisons complètes, 25,3 pour 100 de séquelles irréversibles.

Au point de vue thérapeutique, G. recommande de s'adresser précocement au sérum de convalescent (20 cmc à 2 ou 3 reprises). Les résultats donnés s'expliquent par le fait que les 27 malades ainsi traités pendant les 3 premiers jours ont présenté 7 fois (24 pour 100) de la paralysie alors que les 37 cas traités entre le 4e et le 14e jour en ont eu 22 fois (59 pour 100).

P.-E. MORHARDT.

CASOPIS LEKARU CESKYCH
(Prague)

Divis. ***La sympathectomie lombaire dans la claudication intermittente*** (*Casopis lékaru Ceskych*, t. **75**, n° 52, 25 Décembre 1936, p. 1677-1678). — Au cours de la claudication intermittente, D. a tenté 6 fois la sympathectomie lombaire; c'est dans les cas relevant d'une sclérose artérielle grave que le succès a été le plus certain. Le bénéfice opératoire est en fonction de l'élimination plus ou moins complète du sympathique lombaire, lombosacré et des ganglions correspondants. L'action vasomotrice que comporte la destruction du complexe synergique des centres ganglionnaires et des nerfs sympathiques est incontestable. Son influence se manifeste surtout sur la circulation collatérale, et cela même si le traitement conservateur (bains chauds, pyrétothérapie, injections paravertébrales, etc.) est resté sans effet. La suppression des réflexes vaso-moteurs d'irritation sur les centres ganglionnaires lombaires est sans action sur les processus de thrombo-angéite et l'oblitération complète du vaisseau qu'ils entraînent est définitive. C'est pour cette raison qu'il ne faut attendre un effet durable de cette intervention que dans les claudications intermittentes d'origine artério-scléreuse.

GUY HENRI.

Karasek. ***Etude expérimentale sur la thérapeutique par la quinine du cœur des hyperthyroïdiens*** (*Casopis Lékaru Ceskych*, t. **76**, n° 5, Février 1937, p. 146-149). — L'action de la quinine sur l'activité de l'oreillette droite est étudiée par K. chez le cobaye préalablement préparé par l'administration de corps thyroïde en poudre ou de thyroxine. Le chlorhydrate de quinine est utilisé à la dose de 0 gr. 05 pour 100, quantité équivalente à la dose thérapeutique moyenne. Chez des animaux normaux, non préparés, on observe, presque immédiatement, un ralentissement du rythme des oreillettes, qui s'accentue lentement par la suite. Chez les animaux préparés, la quinine fait aussitôt disparaître les symptômes d'intoxication thyroïdienne par son action sur la contractilité, puis agit comme sur un cœur normal. Après une préparation par l'adrénaline, l'effet est tout différent. K. pense, pour cette raison, que les zones d'agression ne sont pas les mêmes pour l'adrénaline et pour l'hormone thyroïdienne. L'adrénaline agit sans doute, en surface, sur les cellules du myocarde et modifie leurs rapports physico-chimiques, tandis que l'hormone thyroïdienne transforme les réactions diastasiques intra-cellulaires. L'influence de la quinine s'exerce sur le métabolisme endo-cellulaire désordonné du cœur intoxiqué comme antagoniste de l'hormone thyroïdienne.

GUY HENRI.

Fingerland. ***Artérite, périartérite, myocardite et érythrodermie de type allergique par les arsénobenzènes*** (*Casopis lékaru Ceskych*, t. **76**, n° 13, 2 Avril 1937, p. 404-406). — L'observation publiée par F. se rapporte à un jeune homme de 22 ans atteint de syphilis primaire avec ultra positif. Le traitement par le néosalvarsan et le bisgoménol fait disparaître signes cliniques et sérologiques. Deux semaines après la dernière injection, brusquement, apparaît une érythrodermie avec fièvre élevée. Malgré l'amélioration clinique progressive, le sujet meurt subitement le 17e jour après le début de l'exanthème, par défaillance cardiaque, dont le tableau clinique rappelle celui de l'infarctus du myocarde. A l'autopsie, le cœur est un peu augmenté de volume et dilaté (500 gr.) avec du sang liquide dans ses cavités. Des nodules gris-jaunâtre, opaques, miliaires sont disséminés partout et en particulier sur les parois du ventricule gauche. Les reins présentent des nodules plus petits, submiliaires, à peine visibles. Histologiquement, les lésions du myocarde sont très étendues: infiltration œdémateuse diffuse à base de leucocytes éosinophiles ; interstitielle sans altération des fibres; nécroses fibrinoïdes miliaires, localisées surtout au voisinage des vaisseaux, avec granulomes périvasculaires à cellules épithélioïdes et même cellules géantes dont l'aspect est assez proche de celui des nodules d'Aschoff ; par places des cristaux de Charcot-Leyden. Des lésions viscérales identiques, avec infiltration leucocytaire, nécrose artériolaire parcellaire et surtout nodules péri-artériolaires granulomateux, s'observent dans les divers organes (reins, testicules, etc.). C'est, en somme, l'image d'une périartérite noueuse aiguë. Les lésions dermiques sont constituées par des infiltrats dermo-épidermiques très riches en éosinophiles et par une dyskératose avec granulomes à cellules géantes dans les follicules pileux nécrotiques. Nulle part on n'a trouvé de bacilles acido-résistants ni de spirochètes. L'inoculation au cobaye a été négative.

Les lésions décrites doivent être considérées comme des lésions allergiques chez un sujet hypersensible, qui avait eu, 4 ans plus tôt, une urticaire grave. La réaction d'Herxheimer, plus précoce et d'apparition immédiate, peut être exclue. L'aspect des lésions cutanées ressemble beaucoup à celui des dermites arsenicales de Kyrle et Bermayer ; les lésions myocardiques sont très proches de celles de la myocardite éosinophile de Sikl, du type idiosyncrasico-allergique. Ce cas ressemble beaucoup, d'après F., à certaines formes aiguës d'artériolite noueuse ou rhumatismale. Il relèverait d'une réaction hyperergique aiguë, avec formation de granulomes, telle qu'elle a été décrite par Roulet et Roessl chez des animaux sensibilisés à un antigène protéinique. Chez l'homme, à côté des protéines et surtout des protéines sériques, ces lésions (œdèmes, nécroses, granulomes périartériels), comparables à un phénomène d'Arthus diffus, sont dues, le plus souvent, aux dérivés des arsénobenzènes.

GUY HENRI.

Emmer. ***Les dangers des injections intraveineuses de vaccin antityphique*** (*Casopis lékaru Ceskych*, t. **76**, n° 21, 28 Mai 1937, p. 648-656). — L'emploi, comme agent de pyrétothérapie, du vaccin antityphique (méningo-névraxite syphilitique, arthropathies, chorée, endovascularites, test fonctionnel vasculaire selon Brown) n'est pas exempt de graves dangers. E. rapporte 4 cas, dont 3 morts en hyperpyrexie avec état typhique et une survie obtenue, malgré l'azotémie élevée, grâce au traitement par la cortine. Dans chacun de ces cas on avait injecté 1 cmc de vaccin sensibilisé contenant 25 millions de bacilles d'Eberth. Les vérifications anatomiques permirent de constater une tumeur de l'hypophyse dans le premier cas, une tuberculose bilatérale des surrénales dans le second, une pancardite rhumatismale dans le troisième. Ces accidents mortels doivent inciter à la plus grande prudence et mettre au premier rang des contre-indications de la vaccinothérapie par voie veineuse les altérations des glandes endocrines.

GUY HENRI.

Filo. ***Recherche expérimentale sur l'action du pyramidon sur l'hématopoièse du cobaye*** (*Casopis lékaru Ceskych*, t. **76**, n° 23, 22 Juin 1937, p. 740-743). — Le pyramidon a été administré, à la dose de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 par jour et pendant 3 mois, soit par voie digestive soit en injection. Quelques animaux succombèrent dès les premiers jours; ceux qui survécurent ne présentèrent jamais d'agranulocytose ni même de granulocytopénie notable. Les fortes doses entraînèrent une anémie hémolytique avec normoblastose et une crise réticulocytaire prononcée sans signe toxico-aplasique. La guérison s'est toujours produite spontanément sans qu'il y ait jamais de forme grave. Le pyramidon ne paraît donc pas un agent dangereux pour l'hématopoièse.

GUY HENRI.

Jedlicka. ***Maladie de Cushing et adénome basophile de l'hypophyse*** (*Casopis lékaru Ceskych*, t. **76**, n° 23, 22 Juin 1937, p. 754-763). — Dans la description classique de Cushing, l'obésité et les particularités cliniques du syndrome sont en rapport avec la prolifération adénomateuse des cellules basophiles du lobe antérieur de l'hypophyse. J. a pu pratiquer l'autopsie de 3 sujets qui présentaient un tableau typique de maladie de Cushing. Il a, deux fois, constaté la prolifération des cellules basophiles, en amas, en adénomes vrais. Dans le troisième cas, morphologiquement et cliniquement très caractéristique, il n'y avait aucune anomalie des cellules basophiles, mais, par contre, la neuro-hypophyse était atrophiée et d'aspect cicatriciel et les parathyroïdes présentaient l'hypertrophie lipomateuse décrite par Cushing. A la suite de ces constatations et en reprenant sa collection anatomique, J'en arrive à conclure que le syndrome de Cushing le plus complet et le plus caractéristique peut exister sans l'altération hypophysaire correspondante, tandis que des adénomes basophiles de l'hypophyse plus ou moins importants peuvent être constatés sans le moindre signe clinique de la maladie de Cushing.

L'interprétation de Cushing qui fait de l'adénome la cause même de son syndrome serait donc à rejeter. Pour J., la prolifération basophile et même le développement d'un adénome seraient une manifestation secondaire, probablement compensatrice.

GUY HENRI.



LES PRODUITS SCIENTIFIQUES DES LABORATOIRES LUMIÈRE
TULLE GRAS LUMIÈRE
Evite l'adhérence des PANSEMENTS qui sont alors INDOLORES et se détachent SANS HÉMORRAGIES
OPOZONES LUMIÈRE à base de GLANDES-FRAICHES. Médication de tous les TROUBLES ENDOCRINIENS
CRYOGÉNINE LUMIÈRE
Antithermique — Analgésique Irremplacable dans les AFFECTIONS FEBRILES, la DOULEUR, etc. SPECIFIQUE de la GRIPPE
EMGÉ LUMIÈRE
Médication hyposulfitique, magnésienne. Ampoules : anti-choc. -Traitement des états d'instabilité humorale. Comprimés : régulateur des fonctions digestives.
ALLOCHRYSINE LUMIÈRE
L'OR en combinaison sulfo-organique solution aqueuse par VOIE INTRA-MUSCULAIRE. Contre les RHUMATISMES CHRONIQUES INFECTIEUX, et les TUBERCULOSES.
OLOÉCHRYSINE LUMIÈRE
OR et CALCIUM en suspension huileuse - Imprègne l'organisme CONTINUMENT - Traitement des RHUMATISMES CHRONIQUES et TUBERCULOSES
Littératures et Echantillons
LABORATOIRES LUMIÈRE
45, Rue Villon - LYON - France
Bureau à PARIS 3 Rue Paul Dubois

MEDICINSKI PREGLED
(Belgrade)

S. Tassovatz. ***Le traitement chirurgical des hémorragies dues au placenta praevia*** (*Medicinski Pregled*, t. **12**, n° 1, Janvier 1937, p. 3-7). — Dans les dix dernières années, on a traité 65 cas de placenta prævia à la clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Belgrade. Sur 53 interventions obstétricales variées, la mortalité maternelle a été de 5,6 pour 100 et la mortalité fœtale globale de 56,6 pour 100. Il y a eu en tout 14 interventions chirurgicales dont: 4 césariennes classiques, 8 césariennes basses et 2 hystérectomies, sans aucun décès. T. pense que la césarienne basse judicieusement employée doit être substituée au traitement obstétrical dans les cas graves de placenta prævia et que la mort de l'enfant n'est pas toujours une contre-indication à son emploi si l'on a encore l'espoir de sauver la mère. Dans tous les cas d'hémorragies graves, la transfusion du sang doit être considérée comme un adjuvant indispensable.
Lazare Stanoyévitch.

L. Stanoyévitch et **M. Magarasevié.** ***Expériences acquises au cours de l'examen médico-sportif des joueurs de football*** (*Medicinski Pregled*, t. **12**, n° 1, Janvier 1937, p. 13-15). — Au cours de l'examen médico-sportif de 452 joueurs de football on constata que 383 jeunes gens, c'est-à-dire 84,8 pour 100 des joueurs de football, ne présentaient aucun symptôme morbide et pouvaient s'adonner librement à leur sport favori. Parmi les 383 joueurs, il y avait eu 69 refusés temporairement (15,2 pour 100) à cause de lésions pulmonaires ou cardiaques. Il est intéressant de constater que parmi les 383 joueurs de football admis à jouer et qui ne présentèrent aucun symptôme clinique, il y avait eu 5 personnes avec une dilatation du ventricule gauche; 2 avec un « cœur sportif »; 16 avec un souffle systolique fonctionnel; 4 avec un roulement présystolique discret ; 5 avec un ton accentué ; 1 avec avec une accentuation du IIe ton à la base; 3 avec un rythme à trois temps; enfin un joueur présentait une arythmie respiratoire prononcée.
Lazare Stanoyévitch.

L. Stanoyévitch, Z. B. Milovanovitch et **R. Arandjelovitch.** ***La détermination du tonus végétatif pendant le cycle menstruel par la formule de Read*** (*Medicinski Pregled*, t. **12**, n° 4, Avril 1937, p. 61-63). — S., M. et A. considèrent que la formule de Read qui traduit selon eux un état du tonus relatif du système neuro-végétatif évolue d'une manière différente au cours de la menstruation, selon qu'on considère des sujets normaux ou des dystoniques. Dans un premier groupe de 19 sujets, S., M. et A. ont obtenu dès le début des règles une baisse du chiffre de Read qui se relève ensuite progressivement vers la fin de celles-ci. Dans un second groupe, constitué par 7 femmes atteintes de dystonie neuro-végétative (2 d'entre elles avec hyperamphotonie) prononcée, ils ont observé dès le début des règles un relèvement et ensuite un abaissement pendant celles-ci, du chiffre de Read, qui se relève de nouveau après la fin de la menstruation. Les différences entre les chiffres de Read les plus bas et les plus élevés chez les personnes du premier groupe sont en moyenne les plus accentuées avant, et les moins accusées pendant la menstruation, tandis que chez celles du second groupe elles sont les plus prononcées pendant les règles et les moins appréciables après la fin de celles-ci. Chez 3 malades qui n'ont pas présenté de règles à l'époque habituelle, S. M. et A. n'ont pas constaté de variations notables du chiffre de Read.
Lazare Stanoyévitch.

M. Petkovitch. ***Un cas de cirrhose de Laennec grave traitée par des injections de lipase hépatique*** (*Medicinski Pregled*, t. **12**, n° 4, Avril 1937, p. 63-65). — P. rapporte un cas de cirrhose hépatique grave avec ascite à répétition au cours duquel l'action thérapeutique des injections sous-cutanées de lipase hépatique s'est montrée particulièrement objective. Malgré une intervention chirurgicale nécessitée par une hernie étranglée et suivie d'une aggravation importante de la cirrhose, l'ascite est disparue sous l'effet de la lipasothérapie. Le malade, fonctionnellement guéri, a été revu dans un état parfait 4 mois après sa sortie de l'hôpital.
Lazare Stanoyévitch.

M. Milovanovitch. ***Favus chez le nouveau-né*** (*Medicinski Pregled*, t. **12**, n° 4, Avril 1937, p. 65-67). — M. communique un cas de favus du cuir chevelu et des parties glabres chez un nouveau-né âgé de 17 jours, produit par le *Trichophyton album*. La maladie a commencé le 4e jour après la naissance. La mère de la petite malade porte un favus du cuir chevelu et une onychomycose depuis plus de 20 ans. La maladie de la mère est provoquée par le même champignon. Etant donné le temps très court d'incubation, on pourrait penser à une infection par voie intra-utérine. Cependant, M. est d'avis que l'infection s'est produite par voie extra-utérine et explique le court délai d'incubation par le fait qu'il s'agit de *Trichophyton album* qui est plus pathogène que l'*Achorion Schönleini* et par un état d'allergie de la peau chez l'enfant, contracté pendant la vie intra-utérine de la mère qui souffre de la même maladie, de sorte que la peau allergique de l'enfant a réagi promptement au contact avec le champignon.
Lazare Stanoyévitch.

S. Tassovatz. ***La résection du nerf présacré (opération de Cotte)*** [*Medicinski Pregled*, t. **12**, n° 4, Avril 1937, p. 67-71]. — Après avoir donné la description du nerf présacré au point de vue anatomique et physiologique et après avoir décrit la technique de la résection T. rapporte 25 cas dont 18 ont pu être suivis pendant plusieurs mois, certains pendant 2 à 3 ans. 16 de ces malades étaient très satisfaites des résultats opératoires. Une est revenue avec des douleurs abdominales, mais la dysménorrhée avait disparu ; il s'agissait d'une ancienne spécificité ignorée par la femme, finalement avouée par le mari. Une autre, qui avait subi une hystérectomie fundique en même temps que l'opération de Cotte, a recommencé à présenter, après la résection du nerf présacré, des douleurs pelviennes du côté gauche. Celles-ci correspondaient à un kyste de l'ovaire gauche qui s'était formé depuis. L'efficacité de la résection du nerf présacré semble indéniable dans la dysménorrhée de même que dans les algies pelviennes du type hypogastrique. T. n'a jamais observé de troubles du côté de la vessie et du rectum, aucun trouble sphinctérien et surtout aucun trouble de la sensibilité, ni de la copulation.
Lazare Stanoyévitch.

M. Radojicié. ***Valeur clinique de la sérofixation du complément dans la tuberculose*** (*Medicinski Pregled*, t. **12**, n° 4, Avril 1937, p. 71-73). — R. a exécuté 85 réactions sérologiques avec le sérum sanguin, d'après la méthode de Calmette et Massol, dont 16 réactions avec l'exsudat pleural, une avec le liquide céphalo-rachidien et une avec l'urine d'un tuberculeux. En tout R. examina 102 réactions de fixation du complément. Dans les cas de tuberculose pulmonaire, la réaction a été positive dans 66 pour 100 des cas et dans 34 pour 100 des cas négative, tandis qu'elle a été positive dans 43,8 des cas et dans 56,2 pour 100 des cas négative chez les malades atteints de pleurésie exsudative. Le même résultat fut obtenu chez ces mêmes personnes avec de l'exsudat pleural. Dans les cas de tuberculose extrapulmonaire, la réaction a été 5 fois positive et 6 fois négative. Chez les malades atteints de pneumonie, de bronchite aiguë, d'abcès pulmonaire et d'empyème thoracique, la réaction fut toujours négative, tandis qu'elle fut trouvée positive dans le liquide céphalo-rachidien d'une malade atteinte de méningite tuberculeuse et dans l'urine d'un tuberculeux. De ces résultats R. déduit la valeur pratique de la sérofixation du complément dans les différentes formes de la tuberculose.
Lazare Stanoyévitch.

S. Kaludjerski. ***La signification pronostique de la formule leucocytaire dans la tuberculose infantile*** (*Medicinski Pregled*, t. **12**, n° 5, Mai 1937, p. 88-90). — K. examina la formule leucocytaire et la sédimentation des érythrocytes dans 100 cas de tuberculose infantile, dont 40 cas de tuberculose chirurgicale. De ces résultats il ressort que ni la formule leucocytaire, ni la sédimentation des érythrocytes ne donnent une image exacte de l'état actuel de la maladie. A cause de cela K. pense, contrairement à l'opinion de divers auteurs, que les deux méthodes n'autorisent pas à elles seules à porter un pronostic. Même un examen clinique complet et attentif, avec une radiographie et les deux méthodes précitées, ensemble, ne permet qu'un pronostic incertain.
Lazare Stanoyévitch.

R. Brasovan. ***Un cas de syphilis gastrique*** (*Medicinski Pregled*, t. **12**, n° 6. Juin 1937, p. 110-112). — B. relate un cas de syphilis gastrique qui a été opéré avec le diagnostic de cancer de l'estomac. Un aubergiste, âgé de 52 ans, entre dans le service avec des douleurs à l'épigastre et 3 à 4 selles diarrhéiques par jour. Il a de l'anorexie et a maigri de 10 kilogr. Une sœur est morte de cancer gastrique. Dans les antécédents : typhus abdominal pendant la guerre, une blennorragie et une infection syphilitique il y a 2 ans. De l'examen clinique rien de spécial à retenir, sauf que la réaction de Bordet-Wassermann est négative, que l'hémorragie occulte existe, qu'il n'y a pas d'acide libre dans le suc gastrique et que l'acidité totale ne monte que jusqu'à 14. Pas d'acide lactique. A la radiographie de l'estomac on remarque une sténose antro-pylorique. Le diagnostic est celui de cancer de l'estomac. Résection de l'estomac (Billroth II). Une tumeur, qui a infiltré la partie prépylorique de l'estomac et qui provoquait une sténose, a été trouvée et extirpée avec l'organe. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une gomme syphilitique. 3 mois après l'opération le malade succomba à la suite d'hémorragies répétées.
Lazare Stanoyévitch.

VOJNO-SANITETSKI GLASNIK
(Belgrade)

D. Kostitch. ***Contribution à l'étude de l'épidémiologie palustre en Serbie du sud*** (*Vojno-sanitetski Glasnik*, t. **8**, n° 1, Janvier-Mars 1937, p. 61-66). — Deux races d'*Anopheles maculipennis*, *A. messeas* et *A. typicus* causent d'importantes épidémies en Serbie du sud. L'abondance des Anophèles et l'augmentation du nombre de porteurs de gamétocytes humains ne provoque, ni baisse sensible, ni augmentation appréciable de cas de paludisme d'une année à l'autre. L'examen de l'estomac rempli de sang humain de 605 Anophèles durant la saison palustre de l'année 1935 a montré que le sang humain qu'on y a trouvé va bien au delà des simples limites du zoophilisme. D'après ces observations, l'*Anopheles maculipennis* montre un instinct qui le pousse à piquer pour une cause distincte, autre que la faim. Il pique en effet même quand il est repu et que son estomac se trouve fortement distendu par le sang. K. a trouvé 104 fois sur 605 moustiques examinés à l'aide d'hémoprécipitation du sang de plusieurs animaux ou bien un mélange de sang humain et de sang animal. Donc il apparaît que d'autres facteurs doivent être aussi pris en considération pour expliquer les variations de l'infection palustre dans une contrée au même titre que les données épidémiologiques.
Lazare Stanoyévitch.

MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

VEINOTROPE



VEINOTROPE M COMPRIMES (masculin)

POUDRE DE PARATHYROIDE	0.001
POUDRE ORCHITIQUE	0.035
POUDRE DE SURRENALES	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.)	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA	0.01

POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE

VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)

POUDRE DE PARATHYROIDE	0.001
POUDRE D'OVAIRES	0.035
POUDRE DE SURRÊNALES	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.)	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA	0.01

POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET

2 COMPRIMÉS AU LEVER ET 2 COMPRIMÉS AU COUCHER OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE (3 SEMAINES PAR MOIS).

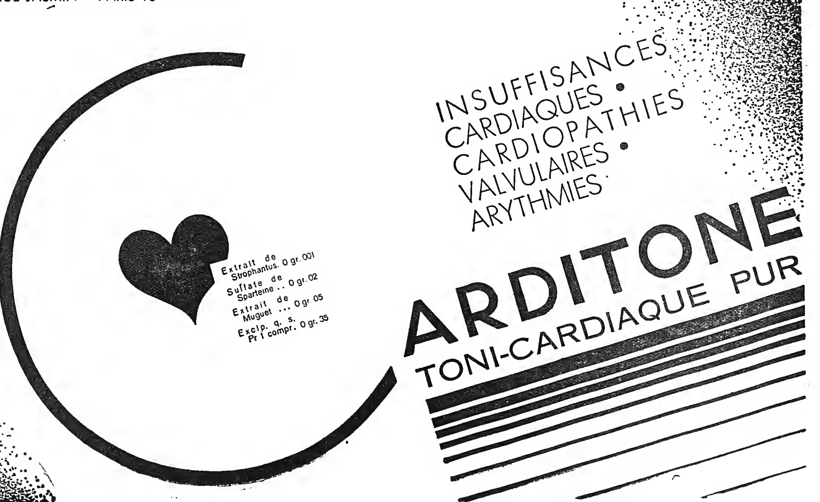
VEINOTROPE POUDRE

EXTRAIT EMBRYONNAIRE	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS	3 gr.
CALOMEL	4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour	100 gr.

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

LABORATOIRES LOBICA
~~46, AV. DES TERNES — PARIS~~
25, RUE JASMIN - PARIS-16°

LABORATOIRES LOBICA
~~46, AVENUE DES TERNES - PARIS~~
25, RUE JASMIN - PARIS-16e



REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MEDECINE
(Paris)

Jean Olmer et **J. Boudouresques** (Marseille). ***La fièvre dans la leucémie myéloïde. Les formes intermédiaires entre la leucémie myéloïde et la leucémie aiguë*** (*Annales de Médecine*, t. **41**, n° 4, Avril 1937, p. 265-291). — Dans ce mémoire, qui comporte un certain nombre d'observations personnelles, O. et B. étudient successivement :

1° Les poussées aiguës fébriles dans la leucémie myéloïde. Dans les poussées aiguës terminales, la fièvre s'accompagne de l'apparition d'éléments très jeunes dans le sang circulant; les hémocultures sont négatives. On peut observer aussi des poussées aiguës passagères; si parfois la radiothérapie a pu être accusée d'avoir provoqué ces poussées, elle a, au contraire, parfois sur elles une action très heureuse.

2° La leucémie myéloïde avec accès fébriles sans réaction myéloblastique importante dans le sang. La courbe thermique peut réaliser plusieurs types.

3° La leucémie aiguë myéloblastique réalise un tableau clinique et hématologique très voisin de la leucémie aiguë. On trouve dans le sang, en grande abondance, des éléments très jeunes, mais cependant plus différenciés que la cellule embryonnaire.

O. et B. envisagent l'interprétation pathogénique et la place nosologique de ces accidents fébriles : origine infectieuse ou trouble du métabolisme. Cliniquement, les formes fébriles s'apparentent à la leucémie aiguë, tandis que, hématologiquement, elles restent dans le cadre de la leucémie myéloïde. Certains faits expérimentaux prouvent qu'il n'y a pas d'opposition absolue entre la leucémie myéloïde et la leucémie aiguë, mais que tous les degrés existent entre l'une et l'autre, et qu'elles sont l'expression d'un même processus dont la nature exacte reste encore mal connue.

L. Rivet.

Noël Fiessinger, **A. Gajdos** et **E. Panayotopoulos**. ***Contribution à l'étude de la diurèse digestive*** (*Annales de Médecine*, t. **41**, n° 5, Mai 1937, p. 345-379). — Dans cet important mémoire, qui comporte la relation de nombreuses recherches personnelles, F., G. et P. ont repris l'étude du processus de la diurèse aqueuse, à la lumière de la notion de l'opsiurie; leurs expériences ont porté sur le chien et sur l'homme.

A *l'état normal*, la diurèse après ingestion est toujours rapide, abondante, avec chute importante du taux des chlorures et de l'urée urinaires. En ce qui concerne la diurèse digestive, il n'y a pas de parallélisme étroit entre l'état de dilution sanguine et la mise en train de la diurèse. En général, l'administration veineuse est suivie d'une diurèse plus concentrée en sels ou en urée que celle que l'on observe après ingestion, en tenant compte de la substance employée pour établir l'isotonicité; cette diurèse est d'autant plus réduite en quantité qu'elle est faite plus rapidement; les tests de dilution sanguine sont à peu près les mêmes dans tous les cas (rapidité d'injection, importance de la diurèse). Avec F.-P. Merklen, F. a étudié les diurèses expérimentales chez le chien normal.

A *l'état pathologique*, le phénomène de l'opsiurie se traduit par le retard du débit urinaire après ingestion d'eau. Il est fréquent chez les hépatiques, et plus spécialement chez les cirrhotiques. F., G. et P. ont donc étudié le phénomène au cours des cirrhoses, dans trois ictères, et dans diverses maladies (diabète, cardio-rénaux).

Il faut invoquer dans la diurèse quatre facteurs : un facteur rénal; un facteur neuro-hormonal; un facteur plasmatique; un facteur tissulaire, qui a été notamment mis en évidence à l'aide de la résorption de la fluoresceïne.

La diurèse est d'autant plus facile et d'autant plus abondante que l'introduction veineuse est plus étalée et se rapproche du temps nécessité par l'absorption digestive. Il s'agit avant tout du facteur temps. Or, celui-ci ne peut intervenir que si l'eau ingérée subit un temps d'arrêt dans une traversée tissulaire, l'eau ingérée, comme l'eau injectée, subissant une adaptation à la diurèse rénale. L'eau « hétérogène » devient « autogène ». Or, cette autogénéisation est fonction de l'état de vitalité tissulaire. Elle est d'autant plus rapide que les tissus ont une vitalité plus active. Et c'est la raison qui explique l'opsiurie cirrhotique. Chez le cirrhotique, comme chez le cardiaque, comme chez l'œdémateux en général, les vitalités tissulaires sont réduites et les territoires circulatoires n'ont plus leur intégrité. L'autogénéisation se trouve compromise, l'eau stagne dans la circulation sans pouvoir être éliminée. Ceci montre l'importance du facteur tissulaire dans l'opsiurie des cirrhotiques.

L. Rivet.

F. Rathery et **P. Froment**. ***Insulino-résistance prolongée. Radiothérapie hypophysaire. Insulino-sensibilité et intolérance insulinique secondaire*** (*Annales de Médecine*, t. **42**, n° 2, Juillet 1937, p. 169-190). — R. et F. étudient par le détail l'observation d'un sujet de 32 ans atteint d'une forme grave de diabète consomptif, avec hépatomégalie et pigmentation cutanée. Pendant 10 mois, il résiste complètement au régime et à l'insuline (300 unités par jour en 4 injections). On associa alors à ce traitement la rœntgenthérapie hypophysaire, bien que l'on n'ait mis en évidence aucun signe d'hyperfonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse et que la radiographie du crâne n'ait montré aucun élargissement de la selle turcique : 20 séances de radiothérapie furent pratiquées et bien supportées. Alors, survient une brusque aggravation de l'état diabétique avec apparition d'un coma dont on ne tire le malade que par de fortes doses d'insuline (620 unités le premier jour, 1.060 le second). L'amélioration se poursuit ensuite, bien qu'on réduise la dose quotidienne d'insuline à 300 unités. A partir de ce moment, on peut réduire l'état diabétique avec des doses d'insuline très inférieures, et l'amélioration des symptômes cliniques suit une marche parallèle; la pigmentation même s'atténue notablement; la dose quotidienne maxima qui peut être supportée sans inconvénient n'est plus que de 145 unités en 4 injections. Des phénomènes d'intolérance surviennent si l'on élève légèrement les doses d'insuline.

A l'insulino-résistance primitive a donc succédé une insulino-sensibilité secondaire. L'intervention de la radiothérapie de l'hypophyse dans ce changement d'état est évidente, ainsi d'ailleurs que l'indiquent nombre de faits expérimentaux et cliniques. R. et F. se demandent quel a été le mécanisme de production du coma diabétique qui est apparu chez leur malade après la radiothérapie et avant l'apparition de l'insulino-sensibilité : les rayons ont amené une hyposécrétion hypophysaire durable, d'où une véritable transformation de l'état diabétique, et la glande irradiée a commencé par subir une phase d'excitation avant celle d'hypofonctionnement.

Cette observation montre la nécessité qu'il y a à n'agir sur l'hypophyse qu'avec la plus grande prudence et en surveillant de très près les malades soumis à la radiothérapie hypophysaire qui, bien appliquée, peut aider puissamment au traitement de certains diabètes en agissant sur l'insulino-résistance.

L. Rivet.

Henry Walter. ***La lithiase biliaire calcique*** (*Annales de Médecine*, t. **42**, n° 2, Juillet 1937, p. 190-229). — La lithiase calcique, c'est-à-dire la production de concrétions calcaires à l'intérieur de la vésicule, est un fait relativement rare. L'auteur en relate deux cas personnels, dont l'un observé dans le service de N. Fiessinger. Et il en résume 40 observations recueillies dans la littérature médicale.

A la lumière de ces faits, il envisage la pathogénie, discute le rôle des causes générales, le rôle du foie, le rôle de la vésicule (origine du calcium, sa précipitation). Le problème est loin encore d'être résolu.

Cliniquement, les lithiases calciques méritent d'être connues. Non pas que cliniquement elles se distinguent des autres, mais parce que leur aspect radiographique est tout à fait spécial et peut permettre de les identifier. On constate en effet des vésicules qui, après tétraiode, s'opacifient intensément et qui ne se vident pas après repas gras; mais, ici, l'opacification est due au Ca et non pas à la substance « contrast ». Aussi la radio avant tétraiode montre-t-elle la vésicule déjà opaque. W. insiste sur diverses causes d'erreur à éviter. Ce diagnostic n'a pas qu'un intérêt spéculatif, il amène à des conclusions thérapeutiques différentes, l'atonie notamment relevant beaucoup plus d'un traitement médical et la lithiase du traitement chirurgical. Mais celui-ci n'est nullement indispensable. Un des malades de W. vit très paisiblement grâce à un traitement médical banal, malgré une masse calcique indiscutable dans sa vésicule. Enfin, il existe peut-être des cas de dissolution spontanée de calculs calciques.

L. Rivet.

LA GYNÉCOLOGIE
(Paris)

E. Douay. ***Diagnostic du cancer du corps utérin. Renseignements donnés par l'hystérographie*** (*La Gynécologie*, an. 36, n° 7, Juillet 1937, p. 413-436). — Quand on a des raisons de soupçonner un cancer du corps, la radiographie de l'utérus après remplissage au lipiodol peut rendre de signalés services. D., qui a acquis une grande expérience dans ce problème, en donne ici des preuves infiniment précieuses pour la pratique gynécologique. Mais, note-t-il, même avec une image caractéristique, il faut se garder *d'affirmer* le cancer : la radiologie ne permet qu'un diagnostic de probabilité; elle n'est qu'un examen complémentaire d'un examen clinique averti.

La pression sous laquelle on injecte l'huile iodée a été très discutée : pression insuffisante, l'image n'est pas démonstrative; pression trop forte, on pénètre dans les trompes et le péritoine, voire même dans le tissu friable du néoplasme. Cette pression optima est difficile à mesurer ; il faut renoncer à un chiffrage et le plus simple est de

surveiller sous l'écran le remplissage de l'utérus et la pénétration dans les trompes: celle-ci, d'ailleurs, n'aurait pas les dangers d'infection et de dissémination cancéreuse qu'on avait pu supposer.

L'injection de lipiodol a un effet hémostatique quand il n'y a pas de cancer : un examen qui n'est pas suivi d'une perte de sang est un gros argument contre la nature cancéreuse de la lésion.

L'examen comporte des causes d'erreurs: 1° persistance d'eau d'ébullition dans la canule, d'où tache claire arrondie; 2° persistance d'air; 3° remplissage insuffisant donnant des images anormales. L'interprétation des clichés est des plus difficiles. D. donne des figurations graphiques multiples d'aspects de cancer pour lesquels je suis forcé de renvoyer le lecteur au travail original. Il indique, ensuite, divers diagnostics différentiels: polype muqueux (image lacunaire arrondie à limite précise qui s'atténue et disparaît si on augmente la tension intra-utérine du lipiodol); — métrite polypeuse (images lacunaires multiples, les lacunes étant séparées les unes des autres en cas de bourgeons cancéreux) ; — polype fibreux (belle image arrondie) ; — fibrome sous-muqueux (encoche à limite précise) ; — métrite hémorragique (bords mamelonnés et sinueux, la déformation étant régulièrement répartie sur toute l'étendue de la paroi; en cas de doute, biopsie).

L'hystérographie a le mérite de montrer le siège de la lésion suspecte et de localiser l'endroit où il faut pratiquer la biopsie. Elle permet d'éviter d'inutiles biopsies. Henri Vignes.

GYNÉCOLOGIE et OBSTÉTRIQUE (Paris)

A. Giroud, R. Ratsimamanga, C.-P. Leblond et M. Rabinowicz. ***Relations entre le fonctionnement de l'ovaire et la vitamine C*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. **35**, n° 6, Juin 1937, p. 424-436). — La vitamine C exerce une action excitative sur la cortico-surrénale, l'hypophyse et l'ovaire. Les glandes endocrines sont particulièrement riches en vitamine C. La carence de vitamine C détermine d'importantes lésions de la surrénale, de l'hypophyse, du testicule, de l'ovaire et, comme conséquence de ces lésions ovariennes, des anomalies de l'œstrus et un effet abortif dans la première moitié de la grossesse, qui est justement l'époque où le corps jaune est indispensable.

Ces prolégomènes étant posés, G. et ses collaborateurs rappellent, à nouveau, la présence d'acide ascorbique dans l'ovaire ; puis ils exposent leurs recherches : l'ovaire total est plus riche à l'époque où il est porteur d'un corps jaune ; le corps jaune est particulièrement riche ; et le corps jaune gravidique l'est plus encore que le corps jaune périodique. On peut, donc, conclure que l'activité lutéinisante est fonction de la teneur de l'ovaire en acide ascorbique. Pour faire de la progestine, il faut de l'acide ascorbique. Il n'est pas besoin de cette substance pour faire de la folliculine (les cellules folliculaires, les cellules placentaires sont pauvres en acide ascorbique).

Très souvent, l'alimentation n'apporte pas à la femme la quantité d'acide ascorbique nécessaire pour un bon fonctionnement du corps jaune et G. se demande si certaines dysménorrhées, si certaines anomalies de l'écoulement menstruel, si certains troubles de la grossesse ne relèvent pas d'une telle carence.

Henri Vignes.

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

Svante Orell (Stockholm). ***La transplantation osseuse*** (*Journal de Chirurgie*, t. **49**, n° 6, Juin 1937, p. 857-870). — Dans la *transplantation d'un fragment d'os vivant* pourvu de son périoste (Ollier, Axhausen) il n'y a pas, comme le voulait Barth (1893), nécrose de la totalité du transplant. La partie solide seule subit cette nécrose, tandis que les éléments conjonctifs des canaux s'unissent à ceux de l'os qui reçoit le transplant pour former un tissu ostéoïde lamellaire nouveau qui se dépose à la surface des parties solides nécrosées dont la résorption, malgré la survivance conjonctive, sera toujours longue à s'achever.

Les avantages de l'emploi de transplant vivant, prélevé sur le malade lui-même, déjà ainsi limités, sont encore diminués par la nécessité de ne pouvoir prélever que des fragments de faible volume dont la vitalité est compromise par les manœuvres d'une extraction souvent pénible et auxquels on ne peut donner ni les dimensions ni la forme nécessaires.

La *transplantation d'un fragment d'os mort* entraîne une attente plus longue de la réhabilitation par les éléments conjonctifs qui tous doivent provenir du lit d'implantation; elle a, par contre, l'avantage d'utiliser un transplant pris sur une pièce opératoire ou sur l'animal et qui peut ainsi avoir les dimensions et la forme qui conviennent. Ce grand avantage technique a semblé à O. plus important que l'inconvénient d'une évolution seulement un peu plus lente, aussi a-t-il eu recours à l'implantation d'os mort, mais en créant une matière osseuse nouvelle, l'*os purum*, réduite au collagène et aux sels calcaires.

Pour éviter l'obstruction des canaux osseux par le charbon, les sels, les substances coagulées qu'entraîne la préparation habituelle d'os mort par cuisson, combustion, trempage dans l'alcool ou le formol, il est ainsi préparé :

Section des deux extrémités de l'os prélevé ; extraction des substances albumineuses par un bain prolongé dans une solution saline; dissolution des tissus conjonctifs des parois et canaux par la lessive de potasse chaude; élimination des graisses par un bain d'acétone; lavage soigneux entre chacun des temps de cette préparation. L'*os purum*, conservé à sec, est, au moment de son emploi, façonné, puis stérilisé dans le sérum physiologique qui le rend mou et facile à manipuler.

Cet os *purum* est destiné à être réhabilité par les éléments conjonctifs de son hôte, qui tous ne réagissent pas de la même sorte. O. distingue: le *tissu conjonctif osseux*, celui des parois de l'os ou de ses canaux, qui, comme spécialisé, forme rapidement, en deux semaines, de la matière osseuse, et le *tissu conjonctif extra-squelettique* qui ne commence une timide formation de matière osseuse qu'après une période d'adaptation d'au moins trois mois.

C'est au *tissu conjonctif osseux* que s'adresse, dans la transplantation d'*os purum*, la demande de formation d'un os nouveau qui d'ailleurs ne subsistera que s'il est soumis à l'influence d'une utilisation fonctionnelle sans laquelle il y aura résorption et du transplant et de l'os néoformé.

La production d'os nouveau, sa solidification sous l'action de l'influence fonctionnelle, la résorption de l'*os purum*, ne se font que lentement et peuvent exiger de 2 à 3 ans, sans toutefois que l'impotence fonctionnelle soit pratiquement d'aussi longue durée.

Le mémoire nous renseigne sur les résultats obtenus dans 50 cas de transplantation d'*os purum* faites, le plus souvent, pour pertes de substance osseuse d'origine tuberculeuse. La présence d'un abcès, l'infection secondaire, la fistulation provoquent l'élimination du transplant.

Pour obtenir la fusion de deux parties osseuses que sépare un intervalle occupé par du tissu conjonctif extra-squelettique comme les apophyses épineuses et les fragments d'une pseudarthrose, O. utilise la matière osseuse nouvelle formée par le lit osseux où le transplant a été déposé et à laquelle il a donné le nom d'*os novum*. On provoque sa formation en implantant, sous le périoste de la face interne du tibia du malade, une tige longue d'*os purum*. Après une attente de un à deux mois, on trouve, après ablation de la baguette et dans les interstices qui existaient entre elle le périoste et le tibia, l'*os novum* qui est prélevé au moyen d'une curette et transplanté dans l'intervalle et autour des parties osseuses à unir.

Il a été fait ainsi dans une soixantaine de cas d'ostéosynthèse d'apophyses épineuses vertébrales, dans 4 cas d'ostéosynthèse sacro-iliaque pour arthrite, et dans 7 cas de pseudarthrose: il n'y a jamais eu fracture et résorption de la colonne osseuse ainsi constituée.

Enfin, dans 4 cas de lésions ostéomyélitiques étendues et dans un cas de sarcome ostéogénique de l'humérus, O. a réséqué l'os malade, et, après cuisson dans du sérum physiologique, l'a remis en place pour en faire un soutien mécanique et un moyen d'excitation à la régénération osseuse fournie par le lit d'implantation. Bon résultat local dans tous les cas, mais mort par métastase pulmonaire au troisième mois dans le cas d'ostéosarcome.

P. Grisel.

René Toupet et Alain Mouchet. ***Considérations sur la sténose hypertrophique bénigne du pylore chez l'adulte*** (*Journal de Chirurgie*, t. **50**, n° 1, Juillet 1937, p. 1-17). — A côté de la sténose hypertrophique du pylore dénommée faussement bénigne par Cruveilhier, Andral et Brinton qui ne connaissaient pas la nature cancéreuse, à réaction fibreuse et à marche lente, de la linite plastique qui la détermine, il y a, chez l'adulte, de véritables sténoses hypertrophiques, dues les unes, très rares, à une *hypertrophie musculaire pure*, dont l'origine congénitale est très vraisemblable et qui peuvent guérir par simple opération plastique, et, les autres, plus fréquentes, à une *sclérose hypertrophique* dont un facteur infectieux est le principal responsable, sans qu'on puisse complètement éliminer des causes plus obscures, tels le spasme et la prédisposition congénitale.

C'est cette seconde variété scléro-hypertrophique de la sténose bénigne du pylore que T. et M. étudient d'après une observation personnelle et d'après un ensemble de 38 observations publiées et reconnues valables parce que toutes vérifiées par un examen histologique.

L'observation est celle d'une femme de 53 ans opérée le 4 Novembre 1936 pour des troubles gastriques à début très ancien, attribués, sans certitude, à un cancer pylorique de type squirrheux. La laparotomie médiane sus-ombilicale, à l'anesthésie locale, montre que le pylore et les 4 cm. voisins de l'estomac forment une sorte de tube rénitent qui paraît inextensible et dont l'épaisseur est au moins le double de la normale. Gastrectomie des deux tiers, type Polya, au bistouri électrique, avec fermeture du moignon duodénal par le procédé de Mayo. Pas de suites opératoires.

L'examen histologique de la pièce (Moulonguet et Mlle Dobkevetels) permet de conclure que l'hypertrophie pylorique macroscopiquement constatée est due: d'une part, à l'hyperplasie musculaire, et, d'autre part, aux lésions inflammatoires de la sous-muqueuse.

C'est une sténose par sclérose hypertrophique, ce qu'à l'étranger (Boas) on appelle gastrite sténosante.

L'étude d'ensemble montre, au premier plan étiologique, l'influence d'une cause locale, la gastrite, mais aussi de causes à distance, tels l'ulcère de la petite courbure, les inflammations duodénales, vésiculaires, appendiculaires qui agissent, plutôt qu'en déterminant la sclérose, en provoquant un spasme pylorique engendrant à la longue l'hypertrophie musculaire. A ce point de vue étiologique, l'examen histologique de la pièce opératoire de T. et M. ne permet pas de conclusions. Cependant, comme les signes inflammatoires de la muqueuse sont légers (légère infiltration, métaplasie glandulaire), ils ne semblent pas pouvoir expliquer l'inflammation de la sous-muqueuse. Il y a hyperplasie des éléments sympathiques en faveur de

l'élément spasmodique et une hyperplasie musculaire très nette et non accompagnée de sclérose en faveur de l'origine congénitale.

Les caractères particuliers que présentent, dans cette hypertrophie, les radiographies du canal pylorique sont étudiés complètement d'après les données de Klose et Bernstein, de Kirklin et Harris, de Twining. Nous ne pouvons que les signaler : allongement du canal, rétrécissement de son diamètre et désaxage avec défaut d'uniformité du calibre, en insistant :

1° Sur la présence possible au milieu du canal d'un sillon qui pour Twining répondrait à celui que Crymble et Walmsley disent anatomiquement déterminé par la séparation du sphincter qui reste non hypertrophié et de la partie, seule hypertrophiée, qui répond à la musculeuse prépylorique, constituant un myome prépylorique.

2° Sur la concavité de la base du bulbe duodénal, signe donné comme pathognomonique par Kirklin et qui a été retrouvé sur la radiographie pré-opératoire de la malade.

Au point de vue thérapeutique, la conclusion est que, dans l'impossibilité d'éliminer, au cours de l'intervention, la limite cancéreuse, on est amené à l'exérèse par gastro-pylorectomie.

P. Grisel.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

André Bergeron et Mlle **B.-F. Mézière**. ***Relations entre les virulences des bacilles de Koch et les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire*** (*Revue de la tuberculose*, série V, t. 3, n° 5, Mai 1937, p. 514-552). — B. et M. ont étudié la virulence de bacilles de Koch obtenus en cultures pures de crachats de 46 tuberculeux pulmonaires. Ils ont utilisé des cultures pures de 30 à 45 jours et ont inoculé à l'aine de cobayes de 300 à 400 gr. une dose de culture correspondant à 2/10 de milligramme de bacilles essorés. Les animaux inoculés furent conservés jusqu'à la mort spontanée. B. et M. estiment que la durée de survie traduit la virulence des cultures inoculées.

Analysant les résultats de leurs expériences, ils concluent que les cultures très virulentes, tuant le cobaye en moins de six semaines, proviennent le plus souvent des crachats de sujets gravement atteints, présentant une tuberculose caséeuse, ulcérative, fébrile et qui pourrait être appelée tuberculose infectieuse.

Les cultures de virulence moyenne, tuant le cobaye entre 45 et 90 jours, sont issues des crachats d'individus atteints de formes très diverses de la maladie.

Les cultures de faible virulence, tuant le cobaye en trois à cinq mois, sont parfois issues des crachats d'individus atteints de tuberculose bénigne, abortive, curables. Mais elles peuvent aussi provenir de sujets atteints de tuberculoses fibreuses, qui ne sont pas toujours des tuberculoses bénignes. Ces tuberculoses fibreuses pourraient être dites tuberculoses de forme parasitaire. Elles sont, plus souvent encore que les tuberculoses bénignes, les apanages des bacilles peu virulents et s'opposent ainsi aux tuberculoses infectieuses qui se rencontrent si souvent chez les sujets porteurs de bacilles très virulents.

Sans doute, le sort des tuberculeux ne dépend pas uniquement de la virulence des bacilles qui les infectent. Mais les bacilles les plus virulents correspondent, dans la majorité des cas, aux formes infectieuses de la tuberculose pulmonaire, et les bacilles les moins virulents aux formes bénignes et, plus encore, aux formes fibreuses, aux formes parasitaires.

L. Rivet.

P.-F. Armand-Delille et **Kerambrun**. ***Statistique concernant 1.298 enfants étudiés en vue du diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire par l'examen du contenu gastrique pendant neuf années (1927 à 1936)***. [*Revue de la tuberculose*, série V, t. 3, n° 6, Juin 1937, p. 626-658). — A.-D. et K. ont utilisé la méthode d'homogénéisation et les cultures sur milieu de Lœwenstein, avec inoculation au cobaye du sédiment du lavage de l'estomac, dans les cas négatifs à l'examen direct. Ils étudient les résultats obtenus :

Sur 594 cas de tuberculose pulmonaire de primo- ou de réinfection, il y eut 339 cas positifs, soit 57 pour 100. Sur 38 cas de lésions des ganglions bronchiques, sans lésions pulmonaires décelables, 3 cas positifs, soit 7 pour 100. Sur 36 pleurésies séro-fibrineuses, sans atteinte du parenchyme pulmonaire, 5 cas positifs soit 13.5 pour 100. Sur 44 dilatations bronchiques (contrôlées par lipiodol intra-bronchique chez des sujets ne crachant pas), 2 cas positifs, soit 4.1 pour 100.

D'autre part, sur 586 cas concernant des enfants ne présentant pas de signes de tuberculose pulmonaire, il n'y eut que 3 cas positifs.

L. Rivet.

Ch. Kudelski. ***Sur les accidents nerveux au cours des insufflations du pneumothorax thérapeutique*** (*Revue de la tuberculose*, série V, t. 3, n° 6, Juin 1937, p. 658-682). — K. relate 12 cas personnels observés au cours de 34.000 insufflations en 4 ans dans le service d'Ameuille, soit 0.35 pour 1.000, dont 2 cas mortels ; 4 cas graves comportant tout d'abord un pronostic des plus réservés, mais s'étant terminés heureusement par la guérison ; 3 cas légers et 3 cas très bénins. Il discute la pathogénie des accidents. Le spasme vasculaire est important et l'acétylcholine a donné d'heureux résultats. K. a obtenu d'excellents résultats par l'injection intra-veineuse de gardénal sodique (0 gr. 20).

L. Rivet.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

Paul Durand, Paul Giroud, Edouard Larrivé et **André Mestrallet**. ***Etude sur la maladie des porchers*** (1er et 2e mémoire) [*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. 26, n° 2, Juin 1937, p. 213-250]. C'est Henri Bouchet (de Cruseilles, Haute-Savoie) qui a le premier individualisé la maladie dès 1914, la désignant sous le nom de pseudo-typho-méningite des porchers. Puis elle fut décrite en Suisse, notamment par Roeb, et en Italie par G. Penso, qui la qualifie de méningo-typhus éruptif des porchers. On l'observe surtout dans les régions où l'on fabrique le fromage de gruyère et le parmesan, des porcheries étant annexées aux fromageries. La maladie frappe uniquement les individus en contact intime et répété avec les porcs ; elle est caractérisée par une phase à allure typhique de 4 jours, séparée d'une phase méningée terminale par une rémission complète, ou à peu près, de 48 heures. La maladie s'accompagne assez souvent d'une conjonctivite et d'un exanthème particulier. L'évolution est essentiellement bénigne, on ne connaît ni de cas mortel, ni de séquelle. Non contagieuse d'homme à homme, la maladie semble transmise à l'homme par le pou du porc. Le germe est inconnu.

D., G., L. et M. ont réalisé expérimentalement la maladie chez l'homme, en prélevant du sang chez un porcher au 4e jour de sa maladie. Ce sang, défibriné immédiatement, fut injecté 5 heures environ après le prélèvement dans les muscles d'un dément précoce. Après une incubation de 12 jours commençait une maladie fébrile et des passages en série furent effectués à partir du sang, éventuellement à partir de l'urine ou du liquide céphalo-rachidien. Ces passages furent au nombre de 21 et portèrent sur 78 malades, dont 72 firent une *maladie expérimentale*, toujours bénigne, et reproduisant au complet le tableau de la maladie naturelle. Cependant les symptômes les plus caractéristiques, en particulier la réaction méningée et la rémission thermique, ont souvent fait défaut. Il est d'ailleurs probable que, dans la maladie professionnelle, les formes sans méningite ne sont pas rares.

Le virus, qui traverse les bougies L_2, s'est rencontré dans le sang au cours de la première semaine, plus tardivement et plus longtemps dans les urines. On peut aussi le trouver dans le liquide céphalo-rachidien.

Suivant une règle qui comporte des exceptions, l'immunité fait suite à la maladie. On peut la mettre en évidence directement par une réinoculation d'épreuve, ou indirectement par la constatation d'un pouvoir préventif ou neutralisant dans le sang ou le sérum des convalescents de maladie naturelle ou expérimentale.

L. Rivet.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Gansslen. ***Variations régionales de l'image sanguine leucocytaire normale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 13, 26 Mars 1937, p. 505-507). — L'image sanguine leucocytaire considérée généralement comme normale est cependant susceptible de variations. C'est ainsi qu'à Frankfort on trouve normalement une leucopénie qui, dans 40 à 50 pour 100 des cas, est au-dessous du chiffre de 6.000. Les lymphocytes sont accrus dans une proportion considérable avec une marge de variation qui est de 20 à 45 pour 100 et non de 20 à 25 pour 100 ; plus de 3/4 des cas sont au-dessus de la limite normale de 25 pour 100. Le taux moyen des lymphocytes est d'environ 32 pour 100. Le calcul de la valeur absolue des divers éléments montre que la leucopénie habituelle est due essentiellement à la diminution absolue et relative des neutrophiles ; les lymphocytes sont le plus souvent augmentés en pourcentage et en nombre ; dans quelques cas plus rares, leur nombre est diminué alors que leur pourcentage reste au-dessus de la normale.

D'autres différences régionales de l'image blanche sanguine peuvent être relevées et paraissent être dues à des conditions géographiques et climatiques.

G. Dreyfus-Sée.

Ballmann. ***Le traitement des affections pulmonaires inflammatoires par les injections de quinine est-il justifié?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 13, 26 Mars 1937, p. 508-510). — Les objections faites au traitement quininique des congestions pulmonaires et pneumonies reposent sur quelques observations d'accidents et en particulier de paralysies consécutives aux injections de médications quininiques. Or, ces cas restent exceptionnels en regard de l'extension considérable de l'administration parentérale de quinine.

Personnellement, B. a observé une paralysie radiale passagère sur 5.000 injections et un abcès local pour 750 injections, il n'a jamais vu de lésions des sciatiques.

Les accidents constatés sont d'ailleurs évitables si on prend les précautions nécessaires, c'est-à-dire lorsque les injections quininiques sont toujours pratiquées par le médecin lui-même, intra-fessières, avec des aiguilles de longueur suffisante.

Dans ces conditions le traitement des affections pulmonaires inflammatoires par les injections de quinine serait sans danger et présenterait le grand avantage de raccourcir la durée d'évolution, de diminuer le nombre des complications et de faire baisser la courbe de mortalité.

G. Dreyfus-Sée.

H. Ziemann. ***Le problème de l'acclimatement de la race blanche aux tropiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 17, 23 Avril

1937, p. 666-671). — Le problème de l'acclimatement est devenu capital actuellement où les nations européennes trop à l'étroit sur leurs territoires essayent de trouver aux colonies un débouché permanent pour une partie de leur population. Les colons ainsi dépaysés peuvent-ils demeurer et faire souche, tel est le problème dont la solution est à envisager dans des climats très différents les uns des autres.

Sur la base de travaux très nombreux émanant de médecins et d'explorateurs coloniaux de diverses origines, Z. croit pouvoir admettre quelques conclusions pratiques :

1° L'acclimatement de la race blanche est vraisemblablement possible dans les régions tropicales situées à une altitude de 1.200 à 1.600 m., à condition d'éviter les infections épidémiques des tropiques.

2° Les climats tropicaux typiques des régions côtières ou des forêts vierges tel que le Cameroun ou les rives de l'Amazone ne permettent pas l'acclimatement durable, même en réalisant les meilleures conditions d'hygiène moderne du vêtement, habitation, alimentation adaptées aux tropiques. Dans ces régions on ne peut envisager qu'une accoutumance relative excluant le travail des champs.

3° Entre ces 2 types de climats tropicaux existent une série de variantes intermédiaires pour lesquelles il faudrait étudier de multiples conditions encore mal connues, outre les facteurs dont on sait déjà l'importance tel que : température moyenne du jour, insolation, humidité, régime des pluies, des nuages et vents, pression barométrique, etc. Ces études sont capitales pour la conquête hygiénique des régions tropicales.

G. Dreyfus-Sée.

Baer. ***La pharyngite est-elle due à une hypovitaminose C ?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 19, 7 Mai 1937, p. 741-743). — Les pharyngites constituent une portion importante de la clientèle des oto-rhino-laryngologistes et l'étiologie de nombre d'entre elles demeure actuellement mystérieuse, de telle sorte qu'on est réduit vis-à-vis d'elles à une thérapeutique symptomatique souvent inefficace.

B. a eu l'occasion d'observer une femme de 38 ans qui présentait une pharyngite consécutivement à une pan-sinusite. Or, l'évolution de l'affection démontra que cette pharyngite n'était que le premier symptôme d'un scorbut manifeste et elle céda à la thérapeutique par la vitamine C parallèlement aux autres symptômes scorbutiques.

Mise en éveil par cette observation, l'attention de B. s'est portée sur la recherche des symptômes de scorbut fruste accompagnant les pharyngites qu'il a observées ultérieurement. Dans 35 cas nouveaux la recherche de l'élimination de vitamine C a montré un déficit net de cette substance.

Ces constatations amènent B. à penser que les pharyngites pourraient avoir fréquemment pour cause une carence relative en vitamine C.

G. Dreyfus-Sée.

H. Kalk. ***Observations sur la motilité appendiculaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 20, 14 Mai 1937, p. 772). — Pour éclaircir la question discutée de la motilité appendiculaire, il importe de pouvoir examiner l'appendice dans la cavité abdominale dans des conditions normales et sans anesthésie préalable.

Ces conditions ont été réalisées par K. grâce à la laparoscopie qui permet d'observer directement les organes dans l'abdomen pendant un temps suffisant.

Chez un malade ainsi examiné et dont l'appendice était très nettement visible, il a été possible de constater que cet organe possédait une motilité propre. Après excitation du vague par la pilocarpine on le vit se raccourcir, se redresser, se contracter puis s'allonger. Durant la contraction, la partie proximale musculaire était nettement distincte de la portion distale.

L'hypothèse de Westphal admettant que le 1/3 proximal appendiculaire a une fonction spéciale et répond à l'autre appendiculaire trouve dans ces observations une confirmation.

G. Dreyfus-Sée.

E. Bauer. ***Anémie latente et manifeste chez des jumeaux univitellins*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 20, 14 Mai 1937, p. 776). — L'observation relatée par B. présente un double intérêt au point de vue des études de jumeaux aussi bien qu'en ce qui concerne l'anémie des nourrissons.

Deux nourrissonnes jumelles de 7 mois sont hospitalisées, l'une d'entre elles présentant des symptômes d'anémie manifeste, l'autre d'apparence normale. Ces 2 enfants jumelles univitellines ont jusqu'alors été élevées ensemble dans des conditions identiques.

L'examen hématologique faisant penser à une anémie du type von Jaksch-Hayem, on a pratiqué une ponction sternale chez la jeune malade et chez sa sœur apparemment normale. Or, l'examen de ce prélèvement médullaire a montré des lésions accentuées aussi bien chez la jumelle cliniquement indemne que chez celle qui présentait des symptômes hématologiques et cliniques.

Donc il existait chez ces 2 enfants des altérations graves du système hématopoïétique, mais l'anémie manifeste chez l'une était demeurée latente chez l'autre. Pour expliquer cette différence on est obligé d'invoquer un facteur endogène vraisemblablement constitutionnel constituant entre ces 2 enfants, malgré leur identité d'origine, une différence nette vis-à-vis de la maladie.

G. Dreyfus-Sée.

Hoske. ***La carence calcique dans l'alimentation de la population économiquement faible*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 21, 21 Mai 1937, p. 813-816 et n° 22, 28 Mai 1937, p. 857-860). — Ce travail comporte l'observation durant 5 mois 1/2 de l'état de nutrition des enfants d'un orphelinat où le prix de revient de l'alimentation quotidienne est de 60 pfennigs en moyenne par enfant. Ce régime, qui correspond à celui que peuvent avoir les sujets économiquement faibles, est nettement carencé en calcium, et cette carence est encore accrue par la cuisson détruisant du calcium et des vitamines.

L'administration insuffisante de vitamines D et A gêne encore l'assimilation de calcium, et ceci surtout à la fin de l'hiver et au printemps où le régime est encore plus carencé en légumes frais; à cette période, dans les villes, la carence solaire est en outre particulièrement accentuée.

Les symptômes de carence furent traités par ingestion quotidienne de 0 gr. 537 de calcium donné sous formes variables :

1. Calcium anorganique;
2. Citrate et glycérophosphate de chaux ;
3. Même forme plus vitamine D.

Le premier groupe d'enfants présenta un retard net par rapport aux deux autres, le troisième groupe étant particulièrement amélioré. Par contre, un essai d'augmentation de quantité des divers aliments fut tout à fait inefficace. Les recherches comparatives, faites dans les divers groupes, montrent donc l'importance capitale de l'adjonction de calcium et de vitamines aux régimes habituels des classes pauvres qui paraissent nettement carencées surtout à la fin de la saison d'hiver.

G. Dreyfus-Sée.

Hansen. ***Sprue européenne: symptômes et pathogénie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 22, 28 Mai 1937, p. 849-852 et n° 23, 4 Juin 1937, p. 891-893). — Dans cette conférence, H. insiste sur le fait que la sprue n'est pas exceptionnelle en Europe et qu'il importe de savoir la dépister sous le masque des diverses affections qu'elle peut simuler ou auxquelles elle peut s'associer : diarrhée pancréatique, pancréatite chronique, tétanie, ostéomalacie, anémie pernicieuse, scorbut, etc.

L'exposé des signes cliniques est complété par des photographies montrant l'aspect cachectique, les œdèmes et les troubles trophiques cutanés et unguéaux des malades. Le symptôme capital, la stéatorrhée avec insuffisance de résorption des graisses, ainsi que les signes coprologiques et les résultats habituels des examens de laboratoires en ce qui concerne la digestion et l'état d'anémie sanguine, sont décrits avec détails. De même H. signale les recherches sur le taux sanguin des diverses substances minérales. Il expose enfin l'évolution habituelle et le pronostic grave de l'affection.

Les recherches étiologiques amènent à une étude sur les carences diverses liées à la carence de résorption des graisses qui entraîne une diminution excessive de calcium, d'où troubles osseux secondaires. En outre, l'absence d'assimilation des lipides entraîne les avitaminoses A et D avec tous les troubles qui leur appartiennent.

Les modifications du pH intestinal gênent la résorption de la vitamine C et ont pour conséquence l'association de symptômes de la série scorbutique. Les troubles de la pigmentation sont peut-être dus à un syndrome pellagreux associé par suite de l'inassimilation de la vitamine B.

Ainsi la plupart des symptômes paraissent relever de carences mixtes secondaires au symptôme capital qui est l'inassimilation des corps gras.

Même les signes considérés comme relevant de troubles endocriniens peuvent être secondaires aux avitaminoses. Quant à la cause de cette absence de résorption des graisses, il est possible qu'elle dépende, par un mécanisme complexe, de la cortico-surrénale sous l'influence de laquelle se ferait le métabolisme phosphoré ; certains symptômes de la sprue (adynamie, pigmentation, hypotension) résulteraient directement des troubles surrénaux.

Quelques considérations thérapeutiques terminent cet exposé.

G. Dreyfus-Sée.

M. Gulzow. ***La radiothérapie des basedowiens (deux cas de mort pendant l'irradiation)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 63, n° 22, 28 Mai 1937, p. 853-855]. — En 1933, une revue générale de Zweifel relevait 28 cas publiés de mort de basedowiens soumis à la radiothérapie, parmi lesquels 17 malades semblent avoir succombé du fait d'affections intercurrentes ou par suite de l'évolution de leur affection. Les 11 derniers cas étaient des malades très graves morts de 1 à 10 jours après une reprise du traitement antérieurement bien supporté.

S., après des années de thérapeutique sans incident, a observé successivement 2 cas de mort durant l'irradiation de la thyroïde et du thymus.

L'un concernait une thyréo-toxicose pubertaire grave, et le décès survint 4 jours après la dernière irradiation, chaque séance ayant provoqué une aggravation des symptômes, en particulier vomissements et troubles circulatoires. Un deuxième cas concerne une femme de 54 ans, ménopausée, avec un goitre présentant des signes de basedowification grave. La mort survint 6 jours après la première irradiation.

D'autres cas aussi graves ont parfaitement toléré les rayons.

Il est difficile d'apprécier le rôle de la thérapeutique en tant que facteur déclenchant des accidents chez des malades aussi graves. En tout cas, ces accidents demeurent exceptionnels et ne doivent pas faire refuser aux malades le bénéfice habituellement très précieux de la radiothérapie.

G. Dreyfus-Sée.

Krieger. *Intoxication par l'acide chromique* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. **63**, n° 23, 4 Juin 1937, p. 893-894). — A l'inverse des intoxications chroniques, les empoisonnements aigus par les sels de chrome sont rares. Ils sont caractérisés par des douleurs dans la bouche, une coloration jaune de la muqueuse bucco-pharyngée et des troubles digestifs aigus: douleurs, brûlures gastriques, soif intense, vomissements jaune-verdâtre avec fragments de muqueuse, diarrhée cholériforme, troubles circulatoires, dyspnée, cyanose, refroidissement des extrémités, albuminurie et cylindrurie, ictère, puis coma avec crampes des membres inférieurs ; la mort survient par urémie, hémorragie gastrique ou convulsions généralisées.

La dose mortelle paraît variable.

L'élimination du bichromate de potasse se fait surtout par les urines, moins par l'intestin, peut-être un peu par les poumons; une partie est retenue par le foie.

Quelques symptômes atypiques, par exemple un signe de Babinski pendant 4 jours, ont été observés par K.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Rudolf Engel. *Coma diabétique, échanges salins et fonctions surrénales* (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 22, 29 Mai 1937, p. 775-779). — Le diagnostic précoce du coma diabétique est essentiel pour ne pas infliger aux malades un régime mal approprié et pour les protéger contre un jeûne ou contre des vomissements dangereux. A cet égard, le dosage de l'acétone et la détermination prolongée de la concentration du chlore urinaire sont importants. Effectivement, dans le précoma, la concentration du chlorure de sodium dépasse rarement 0,2 pour 100 dans l'urine. Quand on rencontre une concentration de ce genre, surtout si le régime est normalement salé, on doit admettre que, pour une raison à rechercher, l'organisme économise d'une façon anormale le chlorure de sodium, pareille hypochlorurie devant être considérée comme un signe d'alarme.

Inversement, dans le choc hypoglycémique, la concentration de chlorure de sodium urinaire est particulièrement élevée. Le chlorure de sodium diminue dans l'urine avant de diminuer dans le sang. Néanmoins, en cas de coma diabétique, on trouve des chiffres de 400 milligr. pour 100 gr., surtout quand des vomissements incoercibles sont venus s'ajouter au syndrome clinique. Cet appauvrissement en sel s'accompagne d'une labilité extrême de l'équilibre et alors de très faibles variations suffisent pour créer une décompensation.

On constate souvent qu'il y a dans l'urine relations inverses entre l'élimination des corps cétoniques et celle du chlorure de sodium. Le fait que même sans vomissements le chlorure peut diminuer non seulement dans l'urine mais aussi dans le sang a été expliqué par une rétention tissulaire ou rétention sèche. Malheureusement, les bilans ne sont pas faciles à faire chez ces malades. En tout cas, l'utilité du chlorure de sodium chez les diabétiques ne saurait être contestée. Il a déjà été noté par Joslin que le chlorure de sodium semble activer les hormones et les ferments qui interviennent dans les échanges hydrocarbonés. E. a remarqué le fait, assez significatif, qu'au cours de la convalescence, ces diabétiques se font des provisions de sel.

D'un autre côté, entre le coma diabétique et les crises addisoniennes, il y a des points de ressemblance importants : amaigrissement, adynamie, insuffisance circulatoire, hypothermie, hypotonie, douleurs épigastriques, élimination d'eau jusqu'à exsiccose et hypochlorémie, hyperlipémie, impossibilité de constituer des dépôts de glycogène. En pareil cas, une solution hypertonique de NaCl agit favorablement à condition d'être associée à du bicarbonate de soude. L'hormone de la corticosurrénale qui a été essayée par E. est également un des médicaments qui doivent être utilisés en pareil cas, car il y a lieu de se demander si dans l'acidose diabétique et dans l'exsiccose il n'y a pas comme dans la diphtérie altération de cet organe. En tout cas, un traitement d'insuline et d'hydrate de carbone ne suffit pas. Il faut leur ajouter des sérums salés, parfois aussi des solutions hypertoniques de chlorure de sodium pour remplir les vaisseaux sanguins.

En somme, un abaissement du chlorure de sodium de l'urine est un des signaux d'alarme les meilleurs et les plus faciles à constater des dangers qui menacent l'organisme du diabétique.

P.-E. Mornardt.

H. Leubner. *Tuberculose amygdalienne et maladies internes* (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 22, 29 Mai 1937, p. 779-783). — On a fait assez peu de recherches sur la tuberculose des amygdales. Cependant, on trouve dans la littérature un certain nombre d'indications d'ailleurs contradictoires. Dans les amygdales quelconques on a retrouvé de la tuberculose dans la proportion de 3,3 à 19 pour 100. Chez les tuberculeux, la fréquence indiquée par les auteurs va de 8 à 74 pour 100. En tout cas, ces chiffres sont assez importants pour que le clinicien doive les prendre en considération.

La tuberculose des amygdales peut constituer une primoinfection, une réinfection soit exogène (réinfection par l'expectoration, par exemple), soit encore par voie lymphatique ou par voie sanguine. Dans un des cas observés par L., il s'agit d'une jeune fille de 17 ans: elle a de la conjonctivite phlycténulaire, de la stomatite aphteuse, des températures élevées et persistantes qui font penser à une septicémie, à une maladie grave du sang ou à de la tuberculose miliaire. L'amaigrissement est extrême et il existe un lymphome qui augmente rapidement de volume dans la région cervicale droite et une amygdalite purulente chronique du même côté. On songea naturellement aux amygdales comme porte d'entrée de l'agent infectieux et comme cause du lymphome. On procéda à l'amygdalectomie qui eut des résultats supérieurs à tout ce qu'on pouvait espérer. Dix jours après l'opération, la malade était apyrétique. Une nouvelle poussée qui survint quelques jours plus tard céda sous l'influence de l'ablation du lymphome.

L'examen anatomique des amygdales montra qu'à droite il s'agissait, en somme, d'un organe presque entièrement transformé en un tissu caséeux avec cellules géantes et épithélioïdes. A gauche, il existait également des lésions caséifiées mais moins étendues. Ce diagnostic fut confirmé par la culture sur milieu ordinaire, sur milieu de Löwenstein ainsi que par inoculation au cobaye. Il est remarquable que cliniquement on ait fait le diagnostic d'amygdalite suppurée simple avec formation d'abcès partiels.

En fait d'agents pathogènes, on a trouvé quelques cocci et des bacilles de la tuberculose. Cette infection de l'amygdale doit s'être produite par voie hématogène et il y a lieu de considérer que la stomatite était elle aussi la conséquence d'une dissémination hématogène du bacille de Koch.

Dans le second cas, concernant une jeune fille de 22 ans, il apparut immédiatement après amygdalectomie — pratiquée pour amygdalite chronique avec bouchon de pus — une pleurésie sérofibrineuse gauche, avec frottements pleuraux dont l'existence avait d'ailleurs été constatée avant l'intervention. L'examen de l'amygdale montra la présence de lésions tuberculeuses. Plus tard, la malade fit de nouveau une pleurésie à droite, puis enfin des signes de tuberculose miliaire.

Ces 2 cas montrent, d'après L., la nécessité impérieuse de vérifier, par l'examen bactériologique et histologique, la nature de l'affection qui a obligé à procéder à l'amygdalectomie, afin d'acquérir un point de repère quant au diagnostic et au pronostic.

P.-E. Mornardt.

Georg Leiner. *Traitement par aspiration-compression des affections des vaisseaux périphériques* (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 22, 29 Mai 1937, p. 783-785). — Depuis plus d'un siècle, on a eu l'idée pour améliorer, quand il est nécessaire, la circulation sanguine dans les extrémités, de recourir à des méthodes qui, alternativement, compriment et dépriment. Cette méthode, qui paraît de nature à réaliser un entraînement des vaisseaux et la formation d'une circulation collatérale, a été initialement reprise par Hitzenberger et Leiner dans le service de H. Eppinger. L. fait un exposé de la méthode et des résultats. On utilise pour cela une botte métallique pourvue d'un viseur permettant d'observer ce qui se passe. Une pompe, mue par un moteur électrique, détermine dans l'intérieur de la botte une dépression de — 80 mm. et de 13 secondes de durée suivie par une compression de 8 secondes de durée et atteignant 20 mm. de Hg. Les hauteurs respectivement de la compression et de la dépression peuvent être quelque peu variées, mais il est important que la dépression soit plus importante et de plus longue durée que la compression. Les malades sont soumis chaque jour pendant 3 à 6 heures à cette méthode de traitement. En dehors de l'interdiction de fumer, il ne fut pas utilisé d'autres procédés.

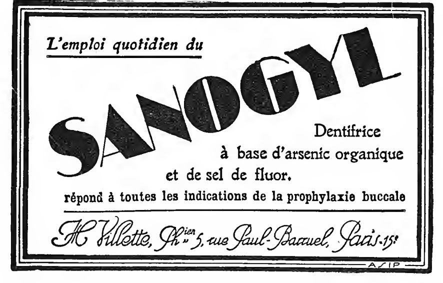
Au cours d'une année, 26 malades ont été ainsi traités. Il s'agissait de troubles très sévères de la circulation avec phénomènes objectifs nets (absence du pouls dans les vaisseaux périphériques, froid et bleuissement des extrémités, ulcérations torpides, calcification des vaisseaux constatée aux rayons Rœntgen). Dans 21 de ces cas, il y avait altération athérosclérotique, dans 2 cas endartérite oblitérante et dans 1 cas respectivement endartérite syphilitique, maladie de Raynaud et embolie artérielle.

Chez les malades atteints de claudication intermittente très caractéristique, il y eut 11 améliorations importantes aussi bien objectives que subjectives. Dans 7 cas, les malades présentèrent une amélioration modérée et dans 3 cas les résultats furent nuls. Chez quelques-uns de ces malades, l'amélioration a persisté pendant 6 mois ou 1 an. Tous ces malades avaient été antérieurement soignés par des méthodes très diverses, y compris des interventions chirurgicales sans résultat. Chez une femme de 60 ans qui a commencé à ressentir des douleurs vives en Octobre 1935 et qui présentait une coloration noirâtre du gros orteil, on a constaté une occlusion de l'artère poplitée et on a procédé à l'administration des médicaments usuels, sans résultat appréciable. En Février 1936, la malade fut soumise au traitement par aspiration-compression (172 heures en 50 jours) qui détermina un arrêt de la progression de la gangrène et l'élimination des tissus sphacélés. La malade guérit d'une façon définitive.

Chez une malade atteinte de gangrène par artériosclérose, à qui ni les médications, ni l'opération de Leriche n'avaient procuré d'amélioration, on a associé le traitement aspiration-compression au traitement par l'acide carbonique de Cobet qui consiste à mélanger à l'air introduit dans la botte une quantité de CO^2 d'environ 40 pour 100. Ce traitement appliqué pendant 3 heures par jour pendant 15 jours consécutifs a considérablement amélioré l'état de la malade.

Au total, l'amélioration a été importante dans 12 cas et nette dans 10 cas. Presque tous les malades ont été débarrassés de leurs douleurs pendant le traitement.

P.-E. Mornardt.



L'emploi quotidien du
SANOGYL
Dentifrice
à base d'arsenic organique
et de sel de fluor,
répond à toutes les indications de la prophylaxie buccale
H. Villette, Phien, 5, rue Paul-Barruel, Paris-15e



VICHY
ETAT



VICHY
ETAT

Fritz Lasch. ***Une méthode biochimique de détermination quantitative de l' « intrinsic factor » de Castle dans le suc gastrique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 23, 5 Juin 1937, p. 810-815). — Pour démontrer l'existence de l'*intrinsic factor*, on se sert soit de la méthode de Castle et Reimann (administration à des sujets atteints d'anémie pernicieuse de chair musculaire traitée par du suc gastrique), soit encore de la méthode K. Singer (réaction réticulocytaire chez les rats). Mais une méthode où on n'aurait besoin d'expérimenter ni sur l'homme ni sur l'animal serait bien préférable. Etant donné que le facteur intrinsèque agit comme d'autres ferments protéolytiques, L. s'est demandé si l'augmentation de l'azote résiduel dans le mélange digestif ne pourrait pas être considérée comme l'expression des effets de l'*extrinsic factor*, tout au moins quand l'action des ferments tels que la pepsine ou la trypsine pouvait être exclue à coup sûr. Mais comme la trypsine n'agit qu'à partir d'un *pn* = 7.2 et la pepsine au-dessous d'un *pu* = 6, il était facile, en ajoutant un mélange de sels tampons appropriés, de supprimer l'action des ferments. L'action protéolytique des bactéries a pu également être éliminée. La viande utilisée a été, après hachage, cuisson et traitement par l'alcool et l'éther, desséchée et mise en flacon. Il a pu être ainsi établi que chez les sujets sains il existe dans l'estomac, en dehors de la pepsine ou de la trypsine, un ferment thermostable et protéolytique qui peut faire augmenter l'azote residuel d'un mélange de suc gastrique et de poudre de viande, ferment qui est détruit par la chaleur.

Par contre, chez 12 malades atteints d'anémie pernicieuse, ce ferment n'existait pas. Chez 5 autres malades du même genre, il existait à l'état de traces ; mais 4 de ces derniers se trouvaient dans une période de rémission au cours de laquelle, comme certains auteurs l'ont montré, le facteur intrinsèque reparaît parfois.

Dans 2 cas très suspects d'anémie de Biermer, on a constaté l'absence de ferments protéolytiques malgré l'hypoacidité qui existait chez l'un d'eux. Jusqu'ici le temps a manqué pour savoir si chez ces sujets des symptômes d'anémie pernicieuse apparaîtront ou non.

Les mêmes recherches ont été poursuivies chez une série de malades dont 2 cas de résection de l'estomac pour ulcère gastro-duodénal et 7 cas de chloranémie. Dans tous ces cas, la présence de ferment normal a pu être établie. Par contre, dans 3 cas sur 4 de carcinome gastrique et dans 4 cas sur 8 d'achylie, sans signe d'anémie pernicieuse, ni de chloranémie, ni de carcinome, on a constaté que le ferment était absent ou très fortement diminué. En ce qui concerne le cancer gastrique, il y a lieu de se demander si la production de facteur intrinsèque n'est pas arrêtée par la destruction de la muqueuse.

Au total, le ferment qui a été décelé par cette méthode paraît être identique au facteur intrinsèque de Castle, de sorte que sa recherche par la méthode indiquée peut être faite en clinique dans le but de diagnostiquer d'une façon précoce l'anémie pernicieuse et de traiter cette maladie d'une façon appropriée. Cette méthode peut également permettre de savoir si, conformément à la théorie de K. Hitzenberger, la polyglobulie s'accompagne d'un excès de facteur intrinsèque.

P.-E. Morhardt.

C. Bennholdt-Thomsen. ***Traitement de la chorée mineure par l'exanthème aurique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 23, 5 Juin 1937, p. 815-820). — La chorée mineure a été traitée à diverses reprises au moyen du nirvanol qui, en provoquant un érythème, raccourcissait notablement la durée de la maladie (31 jours au lieu de 115 en moyenne), mais qui avait l'inconvénient de déterminer des lésions rénales et des aleucies mortelles. Les réactions provoquées par ce médicament, qu'on n'est pas arrivé à prévenir, doivent être considérées comme de nature anaphylactique et du même type que la maladie sérique.

En traitant 6 cas de poliomyélite avec une préparation d'or et de soufre (Auro-Détoxine), B.-T. a eu l'occasion de constater qu'il survenait souvent de l'exanthème avec fièvre sans réaction générale grave. Cette réaction exanthématique est d'ailleurs très bien supportée comme une série d'autres auteurs ont pu le constater après traitement, par la même préparation, d'affections chirurgicales, dermatologiques, otologiques ou internes. Elle est accompagnée d'un peu de fièvre, d'une tuméfaction passagère des ganglions lymphatiques, de stomatite, etc., et jamais de lésions graves.

B.-T. a essayé cette préparation dans un cas sévère de chorée accompagnée de pancardite. La méthode a consisté dans ce cas à administrer d'abord une dose d'épreuve, puis 4 jours plus tard, une dose normale 10 fois plus grande que la première, soit 1 gr. Le lendemain de l'injection d'or, on a observé une légère augmentation de l'agitation, puis 22 jours plus tard, un exanthème des paumes et des plantes, des éléments urticariens et de fortes démangeaisons et enfin un exanthème morbilliforme suivi de desquamation.

Dans un autre cas traité de la même manière, B.-T. a suivi d'une façon systématique les modifications de l'hémogramme. Il a constaté qu'avant l'apparition de l'exanthème aurique, les leucocytes ont diminué tandis que les éosinophiles augmentaient appréciablement (18 pour 100). C'est un fait qui est d'ailleurs observé également avec le nirvanol. Dans quelques cas, l'administration d'or n'a provoqué aucune réaction, notamment chez un sujet qui déjà s'était montré réfractaire pour le nirvanol.

Au total, ce médicament, qui a été bien supporté dans plusieurs centaines de cas et n'a jamais provoqué d'accidents graves, a donné des résultats remarquables dans 3 cas de chorée dont 2 sévères.

P.-E. Morhardt.

Silvio Markees. ***Production alimentaire de corps cétoniques à partir des graisses alimentaires chez l'homme*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 24, 12 Juin 1937, p. 841-843). — On a considéré jusqu'ici la présence de corps cétoniques comme la manifestation d'un trouble des échanges dû à la consommation exclusive de corps gras, les corps cétoniques étant d'ailleurs considérés comme des poisons. Mais ces conceptions doivent être rejetées depuis qu'on sait que l'administration d'acide butyrique, comme d'ailleurs de n'importe quel acide gras saturé présentant un nombre pair de C, détermine rapidement une cétogénèse exogène. Dans ces conditions, M. a été amené à se demander si les graisses alimentaires produisent des corps cétoniques comme les acides gras non physiologiques. Les recherches ont consisté à soumettre des sujets tout à fait sains, et surtout n'excrétant pas de créatine avec l'urine, à l'administration intraduodénale de graisses, pratiquée 13 à 14 heures après le dernier repas. La dose de graisse s'élevait à 50 ou 60 gr. et le sang était recueilli au moyen d'une aiguille par ponction veineuse à demeure. On a ainsi fait un essai avec du beurre, un mélange de margarine et de beurre, dans la proportion de 2 à 1, de la graisse d'oie ou de porc, de la palmine et de l'huile d'olive. Le total des corps cétoniques a été exprimé en acide di-acétique et on a admis que la réaction était positive quand l'augmentation dépassait 1,5 milligr. pour 100 gr. D'une façon générale, les chiffres les plus élevés étaient observés 1 ou 2 heures après l'administration de graisse et au bout de 3 heures la concentration commençait à baisser.

Avec l'huile d'olive on n'a jamais constaté d'augmentation des corps cétoniques. Avec le beurre, les augmentations ont varié de 1.54 (polyglobulie) à 21,62 (diabète). L'adjonction d'adrénaline au beurre a déterminé des augmentations de 7,70 et de 14.96. L'association de beurre et de margarine a donné les chiffres de 5.94 et de 8.16. Avec la graisse d'oie, les corps cétoniques ont varié de 2,42 à 8,58 et avec celle de porc de 2.86 à 4,18.

La glycérine combinée aux acides gras dans les graisses neutres doit être considérée comme une substance anticétogène capable d'empêcher l'apparition de corps cétoniques après injections de graisses alimentaires. D'autre part, la production de corps cétoniques doit être considérée comme le signe d'une désintégration physiologique des graisses de l'organisme.

P.-E. Morhardt.

Gerhard Reiter. ***Deux cas d'adénome insulaire du pancréas dont un guéri par intervention*** (*Klinische Wochenschrift*, t. **16**, n° 24, 12 Juin 1937, p. 844-849). — R. donne d'abord l'observation d'un homme de 43 ans qui avait eu 3 ans auparavant une fracture du crâne et chez qui on avait observé des phénomènes (troubles mentaux passagers, parésies, accès épileptiformes) qui avaient fait faire, lors d'un premier séjour à l'hôpital, le diagnostic d'ictus apoplectique léger. Une nouvelle crise survint quelques semaines plus tard et à l'entrée à l'hôpital on constata l'absence de réflexes, des râles de bronchite dans les deux poumons et des symptômes neurologiques très divers qui firent songer à un coma hypoglycémique. Un examen du sang montra que la glycémie atteignait 0,049 pour 100 et l'administration intraveineuse de sucre ne put pas la faire remonter ; le malade mourut avec des phénomènes de pneumonie. A l'autopsie, on constata l'existence d'un adénome pancréatique entouré d'une capsule de tissu conjonctif résistant et dépourvu de canaux d'excrétion. Ce cas est rapproché par R. d'un autre cas publié par H. Frank. Les deux fois il y eut des accès épileptiformes qui déterminèrent une erreur de diagnostic. Chose caractéristique chez ces 2 malades, les accès ne survenaient que la nuit ou dans les premières heures du matin, c'est-à-dire au moment où il y a normalement une forte réduction des hydrates de carbone.

Dans le 2e cas de R., il s'agit d'un homme de 34 ans qui a présenté à 27 ans des « coliques biliaires » et qui s'est plaint d'accès survenant chez lui aussi, exclusivement le matin et caractérisés par une impossibilité d'accomplir des mouvements coordonnés surtout à gauche. On constata à ce moment des troubles des réflexes, une altération dégénérative des cartilages articulaires de la hanche gauche et une tuméfaction de la rate. A l'entrée à l'hôpital on confirma les constatations antérieures. De plus, un examen du sang montra que la glycémie s'élevait à 0,057 pour 100 et qu'il y avait lymphocytose légère. L'administration d'épreuve de 1/10 d'unité d'insuline détermina des sueurs profuses, un abaissement de la pression du sang à 115/60. Une 2e épreuve fit tomber la glycémie à 0,039 et amena des troubles analogues. Inversement, l'administration de glucose ne fit pas monter le sucre du sang au delà de 0,116 pour 100. Le diagnostic était rendu difficile chez ce malade par l'existence de la tuméfaction de la rate et de l'affection osseuse. On pencha pour un adénome insulaire et on procéda à une intervention qui permit de découvrir l'existence, à la face inférieure du corps du pancréas, d'une tumeur mobile de la grosseur d'une cerise qu'on décortiqua. On constata qu'immédiatement après l'intervention le sucre du sang augmenta et atteignit 0,213 puis 0,302 pour 100. Le malade supporta bien l'opération et le sucre du sang s'abaissa progressivement jusqu'à 0,117 pour 100. Une épreuve de 50 gr. de glucose donna alors une courbe de glycémie s'élevant jusqu'à 0,145 pour 100. L'adrénaline détermina également une hyperglycémie qui attei-

gnit jusqu'à 0,169 pour 100, tandis que 6 unités d'insuline déterminèrent une hypoglycémie de 0,073 pour 100 avec sensation de faim et sueurs profuses. Ainsi le malade fut complètement guéri par l'intervention et dans ce cas le diagnostic a été fait à cause des états crépusculaires survenant par accès matinaux et à jeun, accompagnés des autres signes connus d'hypoglycémie.

Cette observation serait, d'après R., la première dans la littérature européenne où un adénome insulaire de l'adulte aurait été complètement guéri par l'intervention.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

A. Bernstein. ***Sédimentation biliaire; symptôme de la « couche surnageante horizontale des calculs »*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 55, n° 6, Juin 1937, p. 570-586). — On peut observer, après cholécystographie, un conglomérat de calculs surnageant horizontalement la couche opaque. Ce phénomène peut s'expliquer par l'accumulation de calculs en présence de deux ou plusieurs couches de liquide différemment concentrés. Il paraît plus rationnel de dire « calculs surnageant » que calculs en suspension; il s'agit là, en effet, d'un mécanisme où interviennent, d'une part, l'augmentation de densité de la bile concentrée, d'autre part, les effets de surface de celle-ci sur les calculs, surtout quand ces derniers sont peu volumineux.

C'est aux phénomènes physico-dynamiques et chimiques vésiculaires qu'il faut rapporter cette manifestation de sédimentation entre différentes couches de liquide sans lesquelles ce symptôme ne saurait se produire.

Comme ces phénomènes peuvent exister alors même que la vésicule ne renferme pas d'iode, la teneur en iode, si elle peut les favoriser lors de la cholécystographie, ne saurait seule les expliquer.

Ces mêmes phénomènes permettent de croire que, dans la production de la lithiase, les actions de surface sont susceptibles de jouer un certain rôle, notamment au cours d'états pathologiques, comme la stase ou les processus inflammatoires.

Morel Kahn.

F. Windholz. ***A propos de la mise en évidence radiologique des ulcères gastriques hémorragiques*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. 56, n° 2, Août 1937, p. 309-315). — En associant les données de l'examen radiologique aux constatations anatomo-pathologiques faites post-mortem, W. formule les conclusions suivantes en ce qui concerne l'absence de symptômes d'ulcères gastriques hémorragiques:

a) Chez un homme de 43 ans, des examens répétés avaient permis de constater l'existence d'une niche ulcéreuse typique; trois semaines après une hématémèse nette, celle-ci ne pouvait plus être reconnue à l'examen radiologique. L'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire montra qu'il s'agissait d'une occlusion de la cavité ulcéreuse par thrombose.

b) Chez une femme de 68 ans, morte de myocardite, et qui, trois semaines avant sa mort, avait présenté du melæna, l'autopsie permit de constater l'existence d'un caillot sphérique comblant la cavité de l'ulcère, ainsi disparue, et faisant dans l'organe une saillie convexe.

c) Chez une femme de 47 ans, il fut donné d'observer, quatre semaines après une hématémèse nette, des modifications typiques, caractéristiques, de la niche ulcéreuse: la base convexe de l'ulcère, autrefois concave, était aplatie, et le cratère ulcéreux nettement plus aplati que lors des examens ayant précédé l'hématémèse.

Les résultats des examens radiologiques et anatomo-pathologiques permettent de supposer que l'absence de symptomatologie d'un ulcère gastrique qui saigne est consécutive à l'occlusion de la cavité ulcéreuse par un caillot sanguin qui empêche la substance de contraste d'y pénétrer, modifiant ainsi la symptomatologie caractéristique de l'ulcère lors de l'examen aux rayons.

En rapport avec ces conclusions, W., pour la première fois, rapporte l'existence de volumineux caillots dans la cavité de l'ulcère.

Morel Kahn.

LIJECNICKI VJESNIK (Zagreb)

B. Dragisié. ***Sur la symptomatologie du temps d'incubation dans la rougeole*** (*Lijecnicki Vjesnik*, t. 59, n° 1, Janvier 1937, p. 6-9). — Depuis déjà près de 5 ans, D. s'occupe de la symptomatologie de la rougeole avant l'apparition du signe de Koplik et de l'enanthème spécifique. Pendant ce temps il put se convaincre que le stade d'incubation tout au début n'est pas privé de tout symptôme, comme on le dit dans la plupart des traités classiques. Les signes classiques de la rougeole sont bien connus: la température initiale, la prostration, l'exanthème buccal, l'angine prodromale, le signe du repli semi-lunaire, le signe de l'œil de verre, l'élévation de la température entre le 4e et le 6e jour de l'incubation (d'après Lereboullet et Baize). Dans son travail, D. s'occupe surtout de l'angine rougeoleuse allergique prodromale de Mayerhofer. Des 49 cas qu'il observa, D. trouva 34 fois l'angine vers la fin, 15 fois elle se montra au début du stade d'incubation. Le plus souvent (23 cas) l'angine est du type folliculaire, ensuite vient le type catarrhal, lacunaire et enfin l'*angina punctata*. La « couleur de chocolat » des amygdales fut observée 9 fois dans l'angine terminale et 1 fois seulement dans 1 cas d'angine initiale. Cette couleur caractéristique de l'angine rougeoleuse provient d'après Mayerhofer de l'oblitération des vaisseaux et de la réunion de cellules géantes dans les amygdales ainsi que de l'exsudation du pigment sanguin. A cause du temps nécessaire pour l'accomplissement de ces troubles anatomiques, la couleur pathognomonique s'observe plus souvent dans les cas d'angine terminale.

L'angine rougeoleuse prodromale doit être considérée, tout comme l'élévation de la température le 4e jour après l'infection, comme un signe d'allergie. Puisque le virus de la rougeole circule dans le sang pendant tout le stade d'incubation, ce qui a été expérimentalement prouvé par Peteny, l'apparition de l'angine prodromale peut être de ce fait facilement expliquée. Quoique celle-ci n'a pas la valeur des taches de Koplik pour le diagnostic de la rougeole, elle peut être un signe important et précoce de l'infection encore latente.

Lazare Stanoyévitch.

L. Simunic. ***Contribution au diagnostic du Kala-azar*** (*Lijecnicki Vjesnik*, t. 59, n° 1, Janvier 1937, p. 9-10). — S. souligne l'importance de la preuve de l'existence des parasites pour le diagnostic du Kala-azar. La ponction sternale, ainsi que celle de la rate, ne peut être exécutée convenablement que dans une clinique ou à l'hôpital. Grâce à l'autopsie d'un malade de Kala-azar, à Split (Dalmatie), S. put trouver les parasites à part dans la rate, dans la moelle du sternum et dans le foie et aussi en plus petit nombre, dans les reins, les poumons, les ganglions lymphatiques du mésentère et du poumon. Les parasites n'ont pas pu être décelés dans le cerveau. Partant de ces constatations, S. essaya de prouver l'existence des parasites par la ponction d'une glande inguinale dans un autre cas de Kala-azar et trouva 2 à 3 parasites par champ microscopique. Quoique le nombre de parasites trouvé soit relativement petit, S. conclut qu'il est suffisant pour le diagnostic de la maladie. La ponction des glandes axillaires donna un nombre de parasites encore plus restreint, tandis qu'ils ne furent pas trouvés dans les nodules lymphatiques du cou. Comme la ponction des ganglions inguinaux est chose simple et facile, S. propose cette méthode pour le diagnostic de Kala-azar dans la pratique journalière.

Lazare Stanoyévitch.

D. Sucic. ***Sur les lamblias*** (*Lijecnicki Vjesnik*, t. 59, n° 1, Janvier 1937, p. 10-14). — Après avoir décrit la morphologie et la biologie de la lamblia, S. souligne que l'infection de l'homme se fait probablement par les légumes, les fruits ou bien par l'eau souillée par les excréments d'un homme ou d'un animal porteur de lamblias, qui sont relativement pathogènes quand l'infection est massive.

La lamblia se trouve d'habitude dans l'appareil digestif, surtout dans le duodénum, plus rarement dans les voies biliaires. L'infection aiguë se manifeste par des signes semblables aux symptômes de la dysenterie. Dans les cas chroniques, la constipation ou la diarrhée ne sont pas rares. Si l'infection se localise au duodénum, le malade présente des coliques à l'épigastre et des troubles dyspeptiques, ce qui fait croire quelquefois à un ulcère gastrique duodénal, ou bien à une cholécystite. Si les lamblias pénètrent dans les voies biliaires, elles peuvent provoquer une angiocholite, une cholécystite ou bien même des signes identiques à une lithiase biliaire. Donc, dans les cas où les malades souffrent d'entérocolite, de coliques épigastriques ou de cholécystite d'étiologie incertaine, il faut penser à une infection par les lamblias. Dans ces cas, le parasite peut être décelé dans le suc duodénal ou dans les selles. Un traitement sûr et spécifique contre les lamblias n'existe pas. On peut essayer des lavages duodénaux au sulfate de magnésium ou au Novarsénobenzol. Avec le Novurit, S. n'obtint pas de succès.

Lazare Stanoyévitch.

S. Milosevic. ***Sur les classifications des dermatophytes*** (*Lijecnicki Vjesnik*, t. 59, n° 2, Février 1937, p. 31-34). — La classification des dermatophytes de Sabouraud, basée sur l'aspect du parasite dans le cheveu ou le poil et autour d'eux, est de beaucoup la plus connue parmi les dermatologistes. En dehors de cette classification, un peu modifiée par M. en 1936, il y a un certain nombre de classifications dites botaniques, basées sur les caractères microscopiques des parasites dans les cultures. S. pense que la classification la plus simple et la plus rationnelle est celle établie en 1930 par Langeron et Milochévitch. D'ailleurs, elle fut tout de suite acceptée par un grand nombre de mycologues et de cliniciens. Les deux classifications, celle de Sabouraud et celle de Langeron et Milochevitch, ont beaucoup de points communs et font ressortir l'homogénéité du groupe des dermatophytes.

Lazare Stanoyévitch.

V. Cepulic. ***La signification des cavernes pulmonaires*** (*Lijecnicki Vjesnik*, t. 59, n° 2, Février 1937, p. 35-37). — Les calcifications ne sont pas spécifiques de la tuberculose, mais peuvent être trouvées dans les tissus nécrotiques des processus non spécifiques. C. a observé une série de calcifications non spécifiques dans les ganglions hilaires chez des enfants qui ne présentaient pas de réaction à la tuberculine à la dilution de 1/10. C'est ainsi que les myomes, les fibromes, les chondromes et les kystes du poumon, par exemple, le kyste hydatique, peuvent subir une calcification. Mais le plus grand nombre de calcifications pulmonaires se rapportent aux processus tuberculeux. C. relate un cas (une enfant de 8 ans) dans lequel les calcifications pulmonaires se développèrent à

la suite d'une infiltration sous-claviculaire et d'une caverne consécutive. Ainsi les calcifications pulmonaires peuvent se développer dans le jeune âge à la suite d'une infiltration résorbée et excavée. Les calcifications au cours de la tuberculose peuvent être : 1° les séquelles d'un foyer primaire ; 2° les séquelles d'une dissémination hématogène ; 3° les séquelles d'une infiltration résorbée et excavée. Ces calcifications pulmonaires peuvent être le point de départ de la phtisie pulmonaire.

LAZARE STANOYÉVITCH.

E. Mayerhofer et **B. Dragisic.** ***Le climat maritime comme facteur salutaire dans l'enfance*** (*Lijecnicki Vjesnik*, t. 59, n° 2, Février 1937 p. 37-42). — D'après des données géophysiques et météorologiques et surtout d'après l'expérience, M. et D. ont déduit les indications et les contre-indications du climat adriatique pour les enfants sains et malades. L'action du climat maritime (au bord de l'Adriatique, tout le long de la côte dalmate) est un facteur très important dans la thérapeutique des diverses maladies infantiles. En cas de tuberculose méconnue ou de tuberculose traitée mais encore active, peuvent advenir des complications graves. Les indications de la cure maritime sont : la diathèse exsudative grave, l'asthme et les autres maladies allergiques, l'anémie secondaire, le rachitisme, la bronchectasie, la convalescence après des pleurésies subaiguës et des maladies infectieuses, le rhumatisme chronique, l'adénite tuberculeuse chronique, la tuberculose des os et des articulations sans complications pulmonaires. Sont contre-indiquées : les formes éréthiques de la tuberculose, toute infection tuberculeuse au début, les formes pneumoniques de la tuberculose, toute infiltration épituberculeuse au début et enfin la tuberculose du larynx et du poumon avec métastases dans d'autres organes. M. et D. s'opposent à la pratique d'envoi en masse des écoliers à la mer sans examen préalable clinique et radiologique. D'après eux, le climat de montagne d'altitude moyenne est beaucoup plus propice à de telles entreprises, organisées par les écoles sans un contrôle médical suffisant.

LAZARE STANOYÉVITCH.

S. Vidakovic. ***Cinq années de traitement du cancer du col de l'utérus par le radium*** (*Lijecnicki Vjesnik*, t. 59, n° 2, Février 1937, p. 42-46). — Pendant les 5 dernières années, il a été traité 657 cas de cancer du col utérin dans la clinique gynécologique et à l'Institut du radium à Zagreb. Le radium est introduit dans le vagin et dans l'utérus 2 à 3 fois dans un délai de 8 jours. Après cela, les malades subirent l'irradiation par les rayons X d'après la méthode modifiée de Coutard. La mortalité des cas, traités par la méthode combinée (le radium et les rayons X), est de 2,85 pour 100. Des 130 malades, traitées en 1931, 5 ans plus tard, 15,38 pour 100 se portaient bien. 3 ans après le traitement, 16,15 pour 100 des malades se trouvaient en bonne santé. V. émet l'opinion que les cas de cancer du col utérin opérables, surtout les malades jusqu'à l'âge de 40 ans, doivent être opérées et ensuite irradiées. Les autres malades, les au-dessus de 60 ans et les inopérables, doivent être soumises aux rayons X et au radium.

LAZARE STANOYÉVITCH.

B. Berglas. ***Le traitement de la démence précoce par l'insuline*** (*Lijecnicki Vjesnik*, t. 59, n° 2, Février 1937, p. 50-54). — B. a traité 85 malades atteints de démence précoce par la méthode à l'insuline de Sakel. 34 étaient des cas récents ; chez 51 la maladie durait depuis plus de 6 mois. Dans les 34 cas récents, B. observa chez 24 malades une rémission complète, chez 2 une amélioration très prononcée, chez 6 une certaine amélioration, tandis que dans 1 cas il n'y avait aucun changement après le traitement. Dans ce premier groupe de malades, B. eut à déplorer la mort d'un dément qui succomba à une maladie intercurrente. Dans 70,58 pour 100 des cas récents, il y avait une rémission de la maladie. Des 51 cas plus anciens, 28 malades étaient du type « maniaque » et 23 du type « dépressif ». Chez les premiers, B. observa une rémission complète dans 8 cas, dans 4 cas une amélioration prononcée, chez 13 malades une amélioration légère et 2 cas restèrent inchangés. Un de ces malades mourut d'une maladie intercurrente. Les malades du type « dépressif » se montrèrent résistants au traitement. Et cependant une rémission fut observée dans un cas ; 3 fois l'état s'améliora et chez 12 personnes on put constater une certaine amélioration.

LAZARE STANOYÉVITCH.

J. Farkas. ***La thérapie de la rétention urinaire chronique par l'opération de la prostate par voie transurétrale*** (*Lijecnicki Vjesnik*, t. 59, n° 3, Mars 1937, p. 85-88). — F. souligne au début que l'opération de la prostate par la voie transurétrale ne remplace pas la prostatectomie. Elle présente l'avantage d'être utilisable lorsqu'une opération radicale est impraticable ou qu'elle comporte trop de danger. En cas d'hypertrophie sous-vésicale de la prostate, la méthode doit être appliquée avec prudence et exécutée en plusieurs temps successifs. Dans les cancers, chez lesquels une opération radicale a encore quelques chances de réussir, la méthode ne doit pas être appliquée. Lorsque la tumeur siège au centre de la prostate, on obtient encore des résultats satisfaisants. L'opération transurétrale est indiquée dans la sclérose des sphincters, dans l'hypertrophie des lobes urétraux et dans les cancers inopérables. Les contre-indications sont : l'impossibilité de l'introduction de l'instrument métallique à cause de l'allongement et de la déviation de l'urètre ; l'infection grave et surtout la détraction de la vessie ; les gros calculs et enfin les cas dans lesquels le sondage est impraticable à cause de troubles rénaux. A la fin de son exposé, S. décrit en détail la technique de l'opération.

LAZARE STANOYÉVITCH.

V. Vrhovac. ***Diabète et tuberculose*** (*Lijecnicki Vjesnik*, t. 59, n° 5, Mai 1937, p. 205-212). — Sur 840 diabétiques traités depuis 15 ans à la clinique universitaire de Zagreb, 10 pour 100 étaient atteints de tuberculose pulmonaire. Le diabète était la maladie primitive dans 81 pour 100 des cas, mais dans le reste des cas le diabète semblait avoir été latent avant l'apparition des symptômes pulmonaires. La tuberculose évolua rapidement vers la caséification ou l'état cavitaire chez la plupart des malades. La faible capacité de réaction du poumon diabétique est responsable de l'insignifiance des signes physiques. La disproportion entre les signes physiques et les constatations radiologiques est vraiment caractéristique.

L'hérédité tuberculeuse se trouvait dans 22 pour 100 des cas, l'hérédité diabétique dans 7 pour 100 seulement. Le fait qu'il s'agissait d'hommes dans 75 pour 100 des cas atteste l'importance du rôle de l'infection exogène, le diabète non compliqué de tuberculose atteignant à peu près également hommes et femmes.

La plupart des malades avaient un diabète grave ou mal contrôlé quand ils se présentèrent à la clinique. Les trois quarts étaient venus pour faire traiter leur diabète, n'accusant aucun trouble pulmonaire subjectif bien qu'il existât des lésions étendues. V. admet l'influence toxique de la tuberculose sur divers facteurs intervenant dans l'utilisation des glucides et relate des faits à l'appui de cette conception. Du point de vue diagnostique et prophylactique, il préconise l'examen radiologique pulmonaire des diabétiques deux fois par an. Il faut également contrôler toute réaction fébrile chez les diabétiques et interpréter correctement toute glycosurie survenant chez un tuberculeux au moyen de l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée. Il existe en effet des glycosuries non diabétiques chez les tuberculeux. Le pronostic est maintenant moins désespéré que jadis ; l'avenir du malade dépend beaucoup de la possibilité d'un traitement idéal de son état diabétique. Si les autres circonstances le permettent, le traitement de la tuberculose doit, lui aussi, être actif. Les diabétiques ayant présenté du coma doivent être particulièrement surveillés, en raison de leur plus grande susceptibilité à l'égard de la tuberculose.

Le traitement du diabète consiste dans un régime pauvre en graisses, mais comportant un minimum de 150 gr. de glucides associés à une quantité d'insuline telle que la glycémie à jeun ne dépasse pas 2 gr. pour 100. On ne donnera pas plus de 1 gr. de protides par kilogr., sauf au début du traitement où l'on peut aller jusqu'à 150 gr. On permettra en graisses la moitié de la quantité de glucides tolérée. Les vitamines C et D, associées aux préparations calciques, se montrent souvent très utiles. L'insuline n'a pas d'effets fâcheux comme on l'a jadis prétendu, à la condition qu'elle soit correctement équilibrée avec une ingestion suffisante de glucides pour les besoins énergétiques. Des réactions allergiques parfois fâcheuses peuvent survenir ; on changera alors la marque d'insuline. V. rejette l'usage de la synthaline. Quant au traitement de la tuberculose, il recommande le pneumothorax institué précocement. D'autres méthodes chirurgicales peuvent être appliquées quand les troubles du métabolisme sont compensés. La chrysothérapie est inutile et parfois dangereuse.

V., radiographies à l'appui, apporte 3 exemples de « phtisie diabétique » au sens de Boller. Ce sont des cas où les lésions spécifiques, du type broncho-pneumonique, aboutissent rapidement à la destruction du tissu pulmonaire des parties centrales ou péri-hilaires des poumons. Il présente aussi des clichés montrant la guérison de cas sérieux au début dans lesquels le traitement bien dirigé a donné ce résultat inespéré.

LAZARE STANOYÉVITCH.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Nicolau. *Etat hyperallergique avec éruptions complexes créé par l'intradermo-réaction de Frei chez une lymphogranulomateuse* (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. 8, n° 6, Juin 1937, p. 433-446). — Une femme de 50 ans était atteinte depuis 4 ans de lésions lymphogranulomateuses vulvo-vaginales et ano-rectales. Une première réaction de Frei avait été positive. A l'entrée de la malade à l'hôpital (2 Février), on fait une nouvelle réaction de Frei et une réaction d'Ito. Deux jours plus tard, les deux réactions sont positives (la malade avait eu un chancre mou 20 ans auparavant).

Le 6 Février, il se développa autour de la papule du Frei une couronne d'éléments papuleux lenticulaires, rouge brun, en cocarde; et, en dehors de cette éruption focale, apparurent disséminés sur le même bras une quinzaine de papules lenticulaires.

Le 8 Février, une éruption analogue apparut autour de la réaction d'Ito et une nouvelle poussée éruptive à distance, plus étendue que la première, sur le bras et la jambe droites.

Le 14 Février, les éléments régressent; ils ont disparu le 21 Février.

Un cas de scarlatine s'étant produit dans la salle, on fit à la malade une injection de vaccin Dick le 7 Mars: réaction générale, fièvre, sueurs, réinflammation des deux éruptions focales et nouvelle poussée éruptive à distance; tout disparut en huit jours.

Pour tâter à nouveau la réactivité de la peau de la malade vis-à-vis du Frei, on fit le 25 Mars deux nouvelles intradermo-réactions qui donnèrent autour de chaque papule une couronne, comme précédemment, mais sans éruption à distance. Les lésions avaient disparu le 3 Avril.

N. estime que dans ce cas, la première injection de Frei a joué un rôle hypersensibilisant, a exagéré l'état d'allergie lymphogranulomateuse, créant chez la malade un état de réactivité inaccoutumée du tégument.

Cet état de réactivité anormale fut d'ailleurs de courte durée, car au bout de 3 mois deux nouvelles intradermo-réactions au Frei furent absolument normales.

R. Burnier.

Woringer et Chorazak. *Les formes cliniques anormales du granulome annulaire* (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. 8, n° 7, Juillet 1937, p. 529-560). — A l'occasion de 7 cas de granulomes annulaires anormaux observés à la clinique de Strasbourg, W. et C. ont rassemblé dans la littérature 57 cas de granulome annulaire atypique.

Dans certains cas, l'éruption est particulièrement intense et généralisée; parfois les éléments circinés au lieu d'avoir 2 à 3 cm. de diamètre peuvent atteindre 6 à 7 cm. L'aspect atypique squameux et même verruqueux des éléments a été signalé.

En dehors de la localisation classique aux mains, on a noté la présence d'éléments sur les avant-bras, le dos du pied, les chevilles, le genou, le creux poplité.

Le tronc est plus rarement atteint, ainsi que l'abdomen et les fesses: le siège génital est rare (2 cas). On a signalé 9 cas de localisation au cou et à la nuque, et 15 cas à la tête; la localisation à l'oreille est la plus fréquente, puis viennent le front, les tempes, les paupières, le menton, le nez, le cuir chevelu.

Au point de vue de l'âge, sur les 64 observations, on note un tiers des cas chez l'enfant de moins de 10 ans; cependant 10 pour 100 des malades ont plus de 50 ans.

R. Burnier.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

M. Loeper et Mme Jacqueline Brouet-Sainton. *Les kystes hydatiques calcifiés du foie* (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. 27, n° 6, Juin 1937, p. 585-613). — A l'occasion d'une malade observée à l'hôpital St-Antoine, L. et Mme B.-S. étudient les kystes hydatiques calcifiés du foie et insistent sur les particularités d'une évolution qui se fait de la membrane fibreuse vers le kyste, sur le parasite et peut pénétrer sa membrane germinative; les kystes multiloculaires peuvent encore contenir des vésicules vivantes malgré leur coque calcaire. Il importe donc, pour éviter la contamination au cours de l'intervention, de déterminer cette vitalité quelquefois persistante. Cette preuve peut être fournie par la présence de glycogène dans le parenchyme et la membrane germinative, et mise en évidence par la réaction de l'iode qui colore en brun le glycogène.

Ces kystes sont souvent latents et c'est souvent l'examen radiologique qui les décèle; c'est donc un temps capital de l'examen.

Les manifestations cliniques, quand elles existent, sont souvent trompeuses; les crises douloureuses avec ou sans ictère simulent la colique hépatique, et c'est le diagnostic habituellement porté.

Les difficultés du diagnostic tiennent encore à ce que les réactions biologiques sont souvent en défaut; le Casoni est négatif et l'éosinophilie est rare. Cependant quand l'éosinophilie existe, elle est un élément très important du diagnostic.

J. Okinczyc.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

J. Ducuing, P. Marques, et O. Miletsky. *Radiothérapie totale dans les maladies des organes hématopoïétiques. Modifications sanguines et déductions pratiques* (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 21, n° 6, Juin 1937, p. 250-257). — La pratique qu'ont D., M. et M. des irradiations totales dans le traitement des leucémies et de la maladie de Hodgkin leur a permis de reconnaître la réalité des risques graves qu'encourent les sujets qui sont soumis à ce traitement, et qui ont été signalés récemment par Aubertin; cependant ceux-ci diffèrent de ceux qu'a décrits cet auteur par la nature des dangers que courent les malades.

En dehors d'un travail expérimental, en cours d'impression, D. M. et M. rapportent dans cet article 11 observations (5 maladies de Hodgkin, 5 leucémies myéloïdes, 1 leucémie lymphoïde) résumées qu'ils font suivre d'une analyse des faits observés sur les 11 malades. 4 sont morts: 1 sans preuve sanguine que la mort puisse être attribuée à la radiothérapie totale (maladie de Hodgkin), 1 neuf mois après le dernier traitement, cachectique, au cours d'une poussée ganglionnaire avec forte dyspnée (maladie de Hodgkin), 1, des progrès de sa maladie (leucémie myéloïde), 1, dix mois après le traitement que D., M. et M. pensent pouvoir ne pas incriminer (maladie de Hodgkin).

Tant du fait des constatations effectuées sur les malades que de leurs observations expérimentales, D., M. et M. considèrent que: il existe une action stérilisante en ce qui concerne le tissu lymphoïde; l'action sur le tissu myéloïde est dissociée fréquemment sur les trois éléments: leucocytes (toujours stérilisante), hématies et plaquettes (stérilisante, activante, ou nulle); il semble qu'avec une dose et un mode d'administration encore à préciser il puisse être possible d'obtenir une excitation de l'érythropoïèse en même temps qu'une sidération de la leucopoïèse.

Pratiquement: *a*) La rœntgenthérapie totale est efficace dans le traitement des leucémies et de la maladie de Hodgkin, sans qu'il soit possible encore de la juger définitivement; *b*) les irradiations totales sont nocives pour le sang, plus dans le sens d'une leucopénie ou d'une thrombopénie que dans celui d'une anémie, cependant possible; *c*) ce traitement ne saurait être appliqué qu'avec la plus grande prudence; il est, en principe, contre-indiqué dans la leucopénie, l'anémie et la thrombopénie, surtout dans cette dernière; en effet, pratiquement il n'existe pas de leucopénie dans les leucémies et la maladie de Hodgkin, et le traitement est parfois susceptible de combattre très efficacement l'anémie de ces malades; *d*) il convient de suivre une technique rigoureuse et d'éviter de donner des doses fortes en un temps trop court.

Technique. Dose maximum 25 r par séance, 300 r par série. Séances tous les deux ou trois jours avec surveillance minutieuse du malade et examens de sang fréquents. Arrêter en cas de baisse marquée du taux des éléments figurés (leucocytes à part, chez les leucémiques) ou d'accidents généraux dus aux rayons. Se méfier de l'association des irradiations locales.

Morel Kahn.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin, Prague, Vienne)

Wolf. *Intoxication aiguë par le gaz propane* (*Medizinische Gesellschaft Gottingue*, 21 Janvier 1937), in (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 22, 28 Mai 1937, p. 750). — W. rapporte un cas d'intoxication aiguë par le gaz propane chez un chauffeur d'autocar des P.T.T.

En chargeant des bombonnes de gaz propane, le chauffeur eut des douleurs intestinales violentes et perdit connaissance.

Il reprit connaissance et pendant quelques instants on observa des phénomènes de surexcitation. Mais presque aussitôt après survint un sommeil qui dura environ 4 heures avec myosis et brady-

cardie très accentués (14 à la minute), sensibilité très accentuée du côlon et salivation abondante.

Le malade a quitté l'hôpital au bout de 8 jours, la guérison semblant totale.

A la suite de cette intoxication, des expériences ont été faites pour déterminer la valeur de la toxicité du propane dont l'emploi augmente journellement comme gaz domestique.

Ces expériences ont montré que l'intoxication n'était pas due au gaz lui-même, mais aux corps étrangers qui y étaient mêlés (gaz impur ou matériaux venant du récipient lui-même).

Des auteurs ont fait observer que des empoisonnements, avec des signes cliniques analogues, avaient été causés par certaines huiles de graissage de moteurs d'avions.

GUY HAUSSEN.

F. Weyrauch (Iéna). ***Le problème du bruit*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 26, 25 Juin 1937, p. 853). — Après avoir résumé l'opinion des poètes et philosophes allemands sur le bruit, W. constate que le bruit est un véritable fléau social qui détermine dans de nombreux cas des troubles nerveux graves.

On n'a pas encore trouvé de méthode spécifique pour déterminer la part revenant au bruit dans les troubles nerveux. Par contre, on a réussi à mesurer le bruit en prenant comme unité le « phon ». Cette unité correspond à peu près aux moyennes suivantes:

10 « phons » égalent le tic-tac d'une montre;

60 « phons » égalent la circulation normale dans une rue, etc.

Des appareils spéciaux ont été construits (fabriqués par Siemens et Halske). Cependant, il faut tenir compte en plus d'un facteur individuel et psychologique.

Au nom de l'hygiène sociale, il faut demander, avant tout, la suppression des bruits causés par les klaxons, rapidité excessive des automobiles. Dans la construction des immeubles, des hôtels, des sanas, l'attention devra être dirigée beaucoup plus qu'auparavant vers l'emploi de matières isolantes du bruit.

Les médecins auront un rôle essentiel à jouer dans la lutte qu'il va falloir engager contre le bruit, sinon la nervosité et les troubles psychiques iront en se développant.

GUY HAUSSEN.

H. Neumann (Marbourg). ***Le traitement hormonal de la stérilité féminine*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 26, 25 Juin 1937, p. 861-864). — Le traitement de la stérilité par l'emploi d'hormones mâles et d'hormones ovariennes est utilisé depuis déjà 4 ans. Ce traitement ne peut être appliqué principalement que lorsque les femmes stériles montrent des signes cliniques d'un dysfonctionnement ovarien.

N. rapporte 6 cas où il a réussi à guérir une stérilité datant de 3 à 8 ans, par le traitement hormonal.

Un premier groupe de 3 malades comprend des femmes souffrant de menstruation trop faible et trop rare (oligohypoménorrhée).

Pour ces cas, N. a donné, au début, une à deux injections de 30 à 50.000 unités de progynon B. en solution huileuse. Il a augmenté jusqu'à 100.000 et même 150.000 unités. Dans les 3 cas, les règles redeviennent normales et peu de temps après même, 2 des anciennes malades furent enceintes et donnèrent naissance à des enfants normaux.

Cependant, N. fait observer que dans 9 cas semblables le traitement hormonal n'a eu aucun résultat.

Dans 6 cas où des femmes stériles présentaient une aménorrhée presque totale avec apparemment des troubles du fonctionnement ovarien, avec obésité plus ou moins marquée, les mêmes doses de progynon ont donné une diminution nettement visible de cette obésité et peu de temps après une grossesse normale là où l'aménorrhée n'avait pu être définitivement guérie.

On n'explique pas encore exactement pourquoi et à quoi sont dus les effets du traitement hormonal. Il est possible que les hormones favorisent une croissance de l'utérus et déterminent un fonctionnement normal de la muqueuse. Il est également possible que ce traitement influence directement l'activité des ovaires; l'hormone folliculaire semble provoquer en même temps la sécrétion lutéogène du lobe inférieur de l'hypophyse. Selon N., ce fonctionnement normal secondaire des différentes glandes endocrines permettrait alors d'expliquer la possibilité de la fécondation ultérieure chez les femmes primitivement stériles.

Mais, malgré ces résultats encore peu certains, N. pense qu'il faut continuer les recherches faites à propos du traitement hormonal.

GUY HAUSSEN.

W. Klodt (Cologne). ***Le sel de cuisine est-il nuisible à l'organisme sain*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 28, 9 Juillet 1937, p. 925-929)? — De vives discussions se sont élevées sur la question de savoir si le sel de cuisine était nécessaire dans la nourriture humaine. Certains végétariens surtout prétendent que le sel de cuisine, même de qualité normale, ne fait que du tort à l'organisme. D'autres auteurs ont constaté que l'alimentation privée de sel de cuisine déterminait rapidement les troubles dus au manque de chlorure de sodium.

K. a fait de nombreuses expériences sur des souris en leur donnant des doses différentes de sel de cuisine, déterminant des accidents chroniques ou aigus. Il a d'abord constaté l'effet nettement diurétique exercé par le sel de cuisine sur un organisme sain. Mais les reins n'admettent qu'une concentration donnée des sels dissous dans l'urine, le sel donné en quantité trop abondante doit donc être éliminé du corps par une sécrétion aqueuse augmentée.

Les œdèmes observés par d'autres auteurs, après utilisation de grandes quantités de sel de cuisine, n'ont jamais pu être remarqués par K. Cependant, il est incontestable que l'organisme retient une certaine quantité de NaCl indépendamment du sel donné par les aliments. Il semble donc prouvé qu'un organisme sain a besoin d'une certaine quantité de chlorure de sodium, sinon il y aurait déperdition de chlorure.

K. croit donc qu'il n'y a pas lieu de priver l'organisme normal du sel de cuisine, mais il n'étend pas ses considérations à l'utilité d'un régime hyposalé dans certaines maladies.

Selon K., la peau semble surtout retenir le chlore. C'est ce qui expliquerait l'influence heureuse d'une alimentation pauvre en sel sur les affections cutanées et surtout en cas de tuberculose cutanée.

GUY HAUSSEN.

G. Holland (Cologne). ***Signes cliniques de l'intoxication par les gaz nitreux*** (*Medizinische Klinik*, t. 33, n° 28, 9 Juillet 1937, p. 930-931). — Les différents composés oxygénés de l'azote (oxyde azoteux, oxyde azotique) se forment souvent lors de la pulvérisation et de la vaporisation de l'acide nitreux.

Selon Flury, il y aurait quatre groupes d'affections dues à ces gaz:

1° Irritation, cyanose, œdème pulmonaire, suivi de mort;

2° Acné, cyanose, vomissements, perte de connaissance, pas d'œdème pulmonaire; cette forme permettant un rétablissement plus ou moins prompt;

3° Shock, accès d'asphyxie, crampes, blocage respiratoire;

4° Comme le type 2, mais apparition de l'œdème pulmonaire après une phase de latence (c'est ce dernier stade qui a été souvent observé lors de la dernière guerre).

H. rapporte le résultat radiographique de quelques malades intoxiqués par les composés oxygénés de l'azote et qui ne sont pas décédés.

Une radiographie montre un poumon de pompier ayant respiré des gaz nitreux. 15 heures après l'intoxication: les deux poumons sont chargés d'ombres très accentuées qui ont diminué considérablement au bout de 2 jours et sont disparues au bout de 8 jours.

Au point de vue radiographique, le poumon d'un gazé montre des analogies avec une tuberculose miliaire généralisée. Il s'agit vraisemblablement d'oxydations qui s'évacuent par les alvéoles et les bronchioles.

Dans tous les cas observés à la suite de l'intoxication, H. a noté une augmentation du nombre des globules rouges et du taux d'hémoglobine. Il a trouvé des nombres d'érythrocytes variant entre 5,5 et 6,2 millions au mmc et des taux d'hémoglobine compris entre 96 et 115 pour 100. H. se demande quelle peut être la cause de cette transformation sanguine, cause qu'il n'a pas encore élucidée.

GUY HAUSSEN.

W. Wegner (Fribourg). ***Tuberculose de l'œil*** (*Medizinische Klinik*, t. 38, n° 30, 23 Juillet 1937, p. 989-991). — La tuberculose de l'œil n'est, en général, qu'une localisation secondaire d'une tuberculose généralisée. Cependant, il est caractéristique que cette forme locale de tuberculose ne se manifeste guère dans des cas de tuberculose pulmonaire avancée et réciproquement. Ceci rend donc très difficile le diagnostic de la tuberculose oculaire.

Aucune des méthodes proposées jusqu'à présent dans la littérature ne donne de résultats convaincants et ce sera surtout par l'expérience du médecin traitant que pourront être reconnus les cas d'affection tuberculeuse de l'œil.

Dans de telles affections, les bacilles parviennent par les voies lymphatique et veineuse.

La tuberculose de l'œil peut se manifester sous les formes les plus diverses. Dans la plus fréquente, l'iris et le corps ciliaire sont atteints; on connaît toutes les formes de l'iritis léger jusqu'à la granulation presque complète de l'iris.

Les bacilles peuvent également se fixer sur la choroïde et provoquer des réactions, souvent c'est la cornée qui est atteinte et cette dernière lésion tend à devenir dominante.

Tandis que les localisations que nous venons de décrire sont beaucoup plus fréquentes chez le sexe féminin, on observe chez l'homme principalement une péri-phlébite de la rétine. L'infiltration des parois des vaisseaux rétiniens amène des hémorragies provoquant souvent une cécité au moins temporaire.

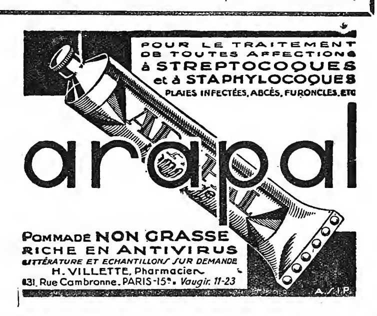
Au point de vue thérapeutique, le traitement doit être local et général. Localement, W. recommande l'administration des rayons X, de lumière de quartz, d'injections du sang du malade dans la chambre antérieure de l'œil, des ondes courtes et de la diathermie.

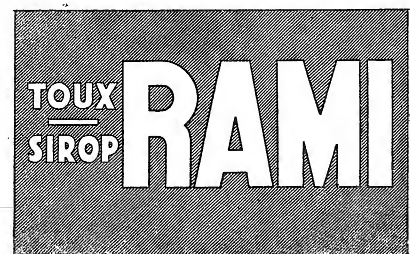
Quant au traitement général, W. a essayé d'utiliser la tuberculine, mais il n'en a eu que de très mauvais résultats. Il recommande, avant tout, le traitement climatique et diététique.

GUY HAUSSEN.

ZENTRALBLATT FUR INNERE MEDIZIN (Leipzig)

F. Walinski. ***Dix années de pratique de l'hyperthermie par agents physiques*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. 58, n° 29, 17 Juillet 1927, p. 593-605). — La méthode employée consiste à injecter préalablement dans les veines 10 cmc d'une solution de NaCl à 20 p. 100, surtout pour restreindre la sécrétion sudorale, puis à placer le malade dans un bain à 36°-38° dont on porte la


POUR LE TRAITEMENT
DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne. PARIS-15e. Vaugir. 11-23
A.I.P.


TOUX
SIROP
RAMI

température à 41°-42° en 10 à 30 minutes. La température du corps atteint presque toujours dans ce bain le degré voulu. Puis on fait un enveloppement avec des flanelles et 5 couvertures de laine superposées dont la durée varie selon la maladie, 4 à 6 heures dans les affections du système nerveux central, 1/2 heure à 3 heures chez les rhumatisants. Sur 534 malades traités, jamais il n'y eut d'incident sérieux. Contre-indications: les affections rénales et cardiaques graves. Les hypertendus modérés supportent bien le traitement.

Les processus qui se déroulent dans l'organisme au cours de cette hyperthermie rappellent ceux qui accompagnent la fièvre d'origine infectieuse: acidose marquée, leucocytose, hyperglycémie, destruction accrue des protéines, augmentation des acides aminés dans le liquide céphalo-rachidien, modification de la sédimentation globulaire, tous indices de la profonde influence exercée par l'hyperthermie physique sur l'ensemble de l'organisme.

De bons résultats ont été notés dans les affections du système nerveux central. Sur 106 tabétiques traités, 30 purent reprendre leur métier, 55 furent notablement améliorés; les crises gastriques et les douleurs fulgurantes sont particulièrement influencées. Sur 18 paralytiques généraux, 5 redevinrent capables de retravailler complètement et 6 partiellement; une rechute fut définitivement arrêtée par une nouvelle cure. W. compte 50 pour 100 de succès dans la syphilis cérébro-spinale. Dans la sclérose en plaques il y eut quelques améliorations durables. 5 cas sur 9 de parkinsonisme post-encéphalitique furent heureusement influencés. W. a eu de nombreux succès dans les polynévrites et les sciatiques graves.

Dans le rhumatisme chronique, en particulier dans le rhumatisme blennorragique, les résultats sont supérieurs à ceux donnés par les autres thérapeutiques.

Sur 7 cas de gonococcie chez la femme, 6 guérirent sans aucun traitement local. Dans 4 blennorragies masculines les gonocoques ne disparurent pas sans l'aide d'une thérapeutique locale. De très bons résultats furent notés dans les annexites avec exsudats.

P.-L. MARIE.

ARCHIV für SCHIFFS UND TROPEN HYGIENE. (Leipzig)

E.-G. Nauck et **B. Malamos**. ***Constatation de l'agent pathogène du Lymphogranulome inguinal*** (*Archiv für Schiffs und Tropen Hygiene*, t. **41**, n° 8, Août 1937, p. 537-552). — Dans un cas de lymphogranulomatose inguinale, le virus, isolé aux 6ᵉ-7ᵉ jours, a pu être inoculé par voie intracérébrale au singe (3 passages) et à la souris (25 passages). Ces animaux ont présenté les symptômes et les lésions anatomo-pathologiques habituels.

Les frottis de ganglions et de cerveaux ont montre les corpuscules déjà décrits par Miyagawa et ses collaborateurs (1935-1936) et considérés par eux comme agents pathogènes de la maladie. On les observe d'une façon très irrégulière et ils sont généralement très rares. Le virus a pu être cultivé sur tissus embryonnaires de l'œuf de poule en incubation. Il se conserve à la glacière pendant 20 jours, dans la glycérine à 50 pour 100. Le cerveau de souris desséché est encore virulent au bout de 9 jours. Il n'a pu être neutralisé par le sérum de malades à diverses dilutions: 1/10; 1/30; 1/50. Du cerveau des singes et souris inoculés a pu être extrait un antigène qui a été utilisé pour produire la réaction de Frei; mais celle-ci, pratiquée à nouveau avec le même matériel, n'a plus été spécifique.

Les corpuscules incriminés comme agents pathogènes sont figurés sur deux planches, dont l'une en couleurs.

CH. JOYEUX.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE (Leipzig)

Gjankovic (Zagreb). ***Sur un cas d'hémorragie mortelle par ulcère duodénal chronique chez une enfant de 22 mois*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. **64**, n° 21, 22 Mai 1937, p. 1219-1223). — L'ulcère gastro-duodénal est considéré comme tout à fait exceptionnel chez l'enfant; peut-être est-il moins rare qu'on ne le dit, puisque G., qui paraît avoir dépouillé très consciencieusement toute la littérature sur ce sujet, a relevé 7 observations d'ulcères chez des nouveau-nés et 8 chez des nourrissons avant la 10ᵉ semaine. Mais c'est un diagnostic auquel on ne pense guère, et l'ulcère des tout-petits ne se manifeste que par des complications, hémorragie ou perforation, ou est une découverte d'autopsie.

L'observation nouvelle de G. concerne une fille de 22 mois, envoyée à l'hôpital pour un empyème métapneumonique. 4 jours après son entrée, elle présente une hématémèse profuse, bientôt suivie de mélæna; une transfusion du sang maternel arrête momentanément l'hémorragie, mais celle-ci reprend dans la soirée, et l'enfant ne tarde pas à succomber.

A l'autopsie, on trouve, dans le duodénum, à 5 mm. du pylore, sur la paroi postérieure, deux ulcères pénétrants; au centre de l'un d'eux, profond de 4 mm., on voit la lumière, ouverte et thrombosée, d'une artériole pancréatique; le tronc de l'artère pancréatico-duodénale est lui-même en contact intime avec le fond de l'autre ulcère.

CH. LENORMANT.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE (Leipzig)

Hermann Druckrey et **Herbert Bachmann** (Berlin). ***Action déterminante de l'hormone folliculaire sur les contractions utérines*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° 19, 8 Mai 1937, p. 1091-1093). — D. et B. injectant, dans les veines des chattes et des lapines pleines, 200 à 400 unités-rat d'hormone folliculaire, ont obtenu soit immédiatement, soit après 5 minutes environ, des contractions utérines vigoureuses. 3 des 7 animaux en expérience mirent bas. Les petits étaient vivants, bien que les animaux fussent anesthésiés, mais leur pouls était inférieur au pouls normal. Il s'agit donc bien d'un accouchement prématuré déterminé par l'introduction dans la voie veineuse d'une dose importante de folliculine et ces expériences soulignent l'action de cette hormone sur les contractions utérines.

Le fait est d'ailleurs connu, mais il reste différemment interprété.

DESMAREST.

Masao Ito, Seizi Hajazu et **Turuziro Kon** (Kawasaki, Japon). ***Action percutanée des hormones sexuelles*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° 19, 8 Mai 1937, p. 1094-1098). — L'absorption des hormones sexuelles par la peau est plus efficace que celle obtenue par la voie buccale. Toutefois, la valeur de la folliculine ou de l'hormone mâle joue un très grand rôle. C'est à la solution alcoolique à 60 pour 1.000 qu'il faut donner la préférence, puis viennent le solvant aqueux, la crème, les composés à base de lanoline et de vaseline.

L'action est lente mais certaine et sur des rates castrées et infantiles, on a pu obtenir les modifications marquant la période du rut aussi rapidement que par l'injection sous-cutanée d'une solution aqueuse.

A noter que dans les traitements hormonaux la puissance d'action de la solution huileuse est dix fois plus forte que celle obtenue par la solution aqueuse.

DESMAREST.

IMPRENSA MEDICA (Rio-de-Janeiro)

Americo Valerio. ***A propos de la pathologie du col de la vessie*** (*Imprensa Medica*, année **13**, n° 241, 15 Juin 1937, p. 816-817). — Il arrive qu'on oppose encore prostatectomie et résection électrique de la prostate. Dans un ouvrage, couronné par l'Académie Nationale de Médecine de Rio et paru dans le *Brasil Medico* de Septembre 1934, V. expose que ces deux techniques se complètent: l'une vivant des contre-indications de l'autre.

V. limite les indications de l'exérèse électrique aux prostates scléreuses, aux hyperplasies limitées aux lobes, aux brides post-opératoires, aux petits et moyens carcinomes, aux calculs prostatiques dans les grosses prostates. Alors que selon V. les gros adéno-fibromes ou les cancers importants, si l'état général ou local le permettent, relèvent de la prostatectomie en un ou deux temps.

Avant d'entreprendre l'exérèse, V. fait subir une préparation spéciale au malade, et c'est à cette préparation à la fois antispasmodique et toni-cardiaque que V. attribue une part des succès de l'exérèse. Après s'être assuré du bon état général du patient, on lui donne des anti-spasmodiques. C'est ainsi que depuis que cette préparation est employée, V. n'a plus eu de complications (épididymites) qui auparavant étaient fréquentes. Le toni-cardiaque employé est le Cardiazol-Ephédrine, L'anti-spasmodique, l'Octinum.

L'anesthésie épidurale ou lombaire se fait par injection de percaïne ou de tubocaïne; mais, ceci, après une injection de Cardiazol-Ephédrine. La préparation pré-opératoire commence 15 jours avant l'opération proprement dite: XX gouttes d'Octinum par voie buccale, trois fois par jour (ce traitement est continué 15 jours après l'intervention). Par cette méthode pré-opératoire et l'exérèse électrique. V., sur 15 malades qui composent cette série, obtint des résultats excellents. Sur ces 15 opérés, un seul présenta un résidu post-opératoire de 35 gr. alors que chez ce malade, atteint d'un carcinome prostato-pelvien, le résidu était avant l'opération de 350 gr. Tous les autres opérés ne présentèrent, après une dizaine de jours, aucun résidu. V. attribue ces résultats à l'injection de Cardiazol-Ephédrine et à l'ingestion d'Octinum.

ROBERT CORONEL.

O HOSPITAL (Rio de Janeiro)

J. Guilherme Lacorte. ***La fréquence de la dysenterie bacillaire au Brésil*** (*O Hospital*, vol. **12**, n° 1, Juillet 1937, p. 65-68).— G. L. a eu l'occasion de pratiquer 2.361 réactions d'agglutination avec des sérums d'individus apparemment sains. Ceci afin d'observer la fréquence des dysenteries bacillaires dans les différents Etats du Brésil. Ces réactions furent faites en deux séries, la première comportant 887 observations, la seconde 1.474. G. L. trouva un pourcentage relativement important de réactions positives, soit 243. Ces 243 réactions positives se décomposent comme suit: 19 réactions pour le B. Shiga; 197 pour le B. de Flexner, et 27 pour le B. de Strong.

ROBERT CORONEL.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

H. G. Jacobi. ***Réponse du cholestérol du sang à la thérapeutique intraveineuse dans les affections artérielles des membres*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **193**, n° 6, Juin 1937, p. 737-744). — Chez les sujets atteints de

lésions ulcéreuses douloureuses des membres dues à des affections artérielles périphériques, en particulier à l'artériosclérose, J. a vu que le taux du cholestérol sanguin est abaissé. Chez ces malades, les injections intraveineuses d'iodure de sodium ou de chlorure de sodium sont suivies d'une grande amélioration; en même temps, on constate un relèvement de la cholestérolémie qui disparaît progressivement à la suite de la cessation du traitement. J. a été particulièrement satisfait des injections d'iodure de sodium à 2 pour 100 dissous dans la solution physiologique. Dans tous les cas traités, la douleur a disparu. Les lésions ulcéreuses ont guéri au bout d'un traitement de 4 à 6 semaines. Cette amélioration se maintient en moyenne durant 8 mois. Aussi est-il indiqué de reprendre le traitement vers cette date, avant que les phénomènes pathologiques aient reparu. Le dosage du cholestérol sanguin constitue un bon guide dans la direction du traitement.

P.-L. Marie.

D. A. Cooper et **W. H. Erb.** ***Mort après phrénicectomie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **194**, n° 1, Juillet 1937, p. 19-25). — La phrénicectomie n'est pas une opération de petite chirurgie, ainsi qu'on le dit trop souvent. Elle comporte une mortalité appréciable : 0,5 p. 100. C. et E. ont trouvé 44 cas de mort dans la littérature et ils y ajoutent 2 autres cas. L'un des patients présentait une insuffisance mitrale et la mort résulta d'une insuffisance cardiaque aiguë, 16 heures après l'opération. Chez l'autre malade la mort se produisit 8 jours après la phrénicectomie, à la suite d'accès de dyspnée et de cyanose, semblant résulter d'une insuffisance respiratoire.

C. et E. discutent les contre-indications de la phrénicectomie. Pour eux toute lésion cardiaque en constitue une.

Pour se mettre à l'abri de tels accidents, ils recommandent de mesurer la capacité vitale des malades avant l'opération. Une capacité vitale de 1000 cmc et au-dessous est une contre-indication. Au moment de l'intervention, il faut surveiller soigneusement les signes éventuels de gêne respiratoire ou circulatoire durant l'anesthésie locale et observer à ce moment combien de temps le patient est capable de retenir sa respiration. Dans les cas suspects, on fera l'intervention en deux temps, la résection du nerf n'étant complétée qu'au bout de 24 heures.

P.-L. Marie.

F. W. Luckens et **I. S. Ravdin.** ***Adénome des îlots de Langerhans; opération; guérison*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. **194**, n° 1, juillet 1937, p. 92-96). — L. et R. relatent un cas d'hyperinsulinisme avec hypoglycémie dû à un adénome des îlots de Langerhans, qui fut diagnostiqué avant l'opération. Celle-ci fut suivie d'une guérison complète.

Il s'agissait d'un homme de 34 ans présentant depuis 2 mois des maux de tête, des convulsions et des accès de confusion mentale qui firent penser d'abord à une tumeur cérébrale, puis à une encéphalite, car il existait un état subfébrile. Mais l'analyse du sang montra une hypoglycémie entre 48 et 80. Celle-ci était influencée par l'administration de glucides. L'intervention montra près de la queue du pancréas une tumeur ferme de 1 cm. 5 de diamètre. Un diabète transitoire se montra après l'opération. C'est un phénomène déjà noté en pareil cas et qui semble dû à un réajustement. La guérison fut parfaite. Fait à remarquer, l'asthme dont était atteint ce malade persista après l'opération, bien que le taux de la glycémie fût redevenu normal.

Des épreuves de tolérance au glycose, à l'adrénaline et à l'insuline furent pratiquées à divers moments. On notait une courbe de tolérance au glycose du type diabétique avant l'opération, une résistance à l'adrénaline et l'absence de sensibilité à l'insuline. Cette courbe de tolérance au glycose de type diabétique, bien que peu commune, a été déjà trouvée par d'autres auteurs. La résistance à l'adrénaline peut s'expliquer par l'accoutumance acquise par cet asthmatique à ce médicament. Quant à l'absence de sensibilité à l'insuline, L. et R. l'attribuent au développement de mécanismes contrainsulaires très actifs en présence de l'adénome insulaire.

P.-L. Marie.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (*Chicago*)

C. H. Greene. ***L'usage de l'extrait cortical surrénal en clinique. Relation de 34 cas de maladie d'Addison étudiés entre 1930 et 1937*** (*Archives of internal Medecine*, t. 59, n° 5, Mai 1937, p. 759-785). — G. rapporte l'observation de 34 cas de maladie d'Addison traités par le chlorure de sodium et un extrait cortical. Dans bien des cas ce traitement ne sembla pas avoir beaucoup prolongé la vie des patients, toutefois l'existence de certains patients fut nettement prolongée. D'une façon générale, la durée de la maladie avec ce traitement fut plus longue qu'avec les méthodes antérieures de traitement.

L'expérience clinique a montré que l'effet de l'administration de l'extrait cortical est spécifique et limité à la maladie d'Addison et aux autres états où il existe des raisons de suspecter une insuffisance surrénale aiguë. Cette réponse s'est montrée d'ordinaire si spécifique que cet essai thérapeutique constitue un test diagnostique de valeur, ainsi que Geill l'a déjà soutenu.

L'expérience des autres auteurs concorde en général avec celle de G. Toutefois, Hartman et ses collaborateurs ont rapporté des résultats heureux dans une variété d'états plus grande que ce qu'ont constaté les autres observateurs. Il est probable que l'insuffisance surrénale dans son sens le plus large intéresse des principes actifs divers. Des variations dans la composition des divers extraits peuvent expliquer certains des résultats différents obtenus en clinique. L'isolement de ces principes à l'état pur est en bonne voie, ce qui laisse espérer que l'on pourra bientôt les utiliser en clinique. Alors on pourra probablement mieux saisir le rôle de l'insuffisance surrénale en médecine et les indications cliniques de l'emploi de l'extrait cortical.

Une très riche bibliographie complète cette étude.

P.-L. Marie.

A. P. Barer et **W. M. Fowler.** ***Influence de l'acidité gastrique et du degré d'anémie sur la rétention du fer*** (*Archives of internal Medicine*, t. 59, n° 5, Mai 1937, p. 785-793). — B. et F. ont étudié le bilan du fer chez 15 patients dont le suc gastrique était dépourvu de HCl, même après injection d'histamine, et chez 11 sujets à suc gastrique d'acidité normale ou basse.

Ils ont vu que les patients achlorhydriques retiennent moins de fer, soumis à un régime alimentaire normal, que les sujets de la seconde catégorie. Cette diminution de la rétention du fer doit jouer un rôle dans l'étiologie de certains cas d'anémie hypochrome idiopathique.

Si l'on administre par la bouche une grosse quantité de fer (500 milligr. par jour), la rétention du fer n'est plus influencée par l'absence de HCl gastrique.

D'autre part, l'adjonction de HCl, même à fortes doses, n'accroît pas la rétention du fer, que l'apport de ce dernier soit normal ou considérable.

Bien que divers auteurs aient soutenu qu'un organisme anémique soit doué d'une plus grande avidité pour le fer et le retienne avec une plus grande ténacité, B. et F. n'ont pas constaté dans leurs recherches que la présence de l'anémie influençât la quantité de fer retenu.

Ils ont trouvé qu'un apport alimentaire de fer de 6 milligr. 7 par jour est insuffisant pour maintenir l'équilibre du fer chez ces patients.

P.-L. Marie.

M. A. Schnitker et **S. A. Levine.** ***Présence de digitale dans les humeurs des malades digitalisés*** (*Archives of internal Medicine*, t. 60, n° 2, Août 1937, p. 240-250). — S. et L. ont observé parfois que chez des asystoliques, 24 à 48 heures après la diurèse déclenchée par un composé mercuriel ou la théobromine, il se produit un état de malaise et de faiblesse considérable avec nausées, vomissements, céphalée, et même terminaison fatale. Ils ont pensé que ces symptômes pouvaient être dus à une intoxication digitalique résultant de la déshydratation des tissus et de la mobilisation de la digitale des œdèmes vers les reins, exposant brutalement le système vasculaire et nerveux aux effets du médicament.

Pour étayer cette hypothèse, ils ont recherché la présence de la digitale dans les humeurs de l'organisme chez de tels sujets.

Ils ont employé la méthode chimique de Schmidt sur du liquide d'œdème retiré de la plèvre, du péritoine ou des membres inférieurs et ils ont obtenu un précipité grisâtre qui, placé dans du liquide de Clark et essayé sur la préparation de cœur de grenouille de Straub, a donné les réactions kymographiques caractéristiques de la digitale.

Ils ont expérimenté avec 29 échantillons de liquides provenant de 24 malades. 18 appartenaient à des patients digitalisés; dans 13 de ceux-ci la méthode biologique décela de la digitale; les résultats furent douteux dans 4 cas et négatifs dans 1 cas. Deux spécimens provenant de malades chez lesquels la digitalisation était discutable donnèrent des résultats douteux. 9 échantillons appartenant à des malades non digitalisés (cirrhotiques, cancéreux, tuberculeux) ne fournirent pas de réaction digitalique.

Bien que l'on n'ait pu faire des déterminations quantitatives précises sur les 13 liquides qui donnaient des courbes indiquant un effet digitalique, S. et L. croient que la quantité de digitale trouvée suffisait à produire des symptômes toxiques chez les malades dans les conditions en discussion.

La réaction de Knudson-Dresbach, pour la détermination quantitative des glucosides de la digitale, n'a pas donné de résultats satisfaisants. La réaction qualitative de Keller-Kiliani, bien que non spécifique et assez peu sensible, a donné des résultats positifs avec 5 sur 11 des échantillons produisant un effet digitalique avec la méthode biologique.

S. et L. pensent donc que des substances digitaliques actives existent dans les humeurs des sujets digitalisés et peuvent en être extraites. Mais de nouvelles recherches sont nécessaires avant de pouvoir dire si ces substances peuvent être une cause d'intoxication à la suite d'une diurèse massive.

P.-L. Marie.

I.S. Wright, A. Lilienfeld et **E. Maclenathen.** ***Un test intraveineux de 5 heures pour la détermination de la saturation en vitamine C.*** (*Archives of internal Medicine*, t. 60, n° 2, Août 1937, p. 264-271). — Les épreuves par ingestion employées pour déterminer la saturation de l'organisme en vitamine C sont sujettes à de multiples erreurs. Aussi, W., L. et M. proposent-ils une épreuve intraveineuse qui consiste en injection de 1 gr. d'acide cévitamique (Merck), prélèvement des urines émises dans les 5 heures suivantes et titrage du taux de la vitamine C par la méthode de Tillman modifiée.

Leurs recherches montrent que 500 milligr. ou davantage de la dose de 1 gr. injectée sont normalement excrétés dans les 24 premières heures

et que 400 milligr. ou plus (80 pour 100) sont éliminés dans les 5 premières heures.

Cette épreuve, très pratique chez les sujets ambulatoires, donne des indications plus fidèles sur l'état réel de saturation en vitamine C de l'organisme que toute autre méthode. Des recherches sur le sang peuvent être faites parallèlement pour avoir des renseignements supplémentaires.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

H. Goldblatt, J. Gross et **R. Hanzal.** ***Recherches sur l'hypertension expérimentale. II. Effet de la résection des nerfs splanchniques sur l'hypertension d'origine rénale*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. 65, n° 2, Février 1937, p. 233-243). — L'excision bilatérale de la portion thoracique des nerfs splanchniques et des quatre ganglions sympathiques inférieurs ne met pas obstacle chez le chien au développement de l'hypertension permanente consécutive au pincement ménagé du pédicule artériel du rein réalisé au moyen d'une pince spéciale à pression graduée réglable laissée en place. Chez les chiens présentant ce type d'hypertension depuis plus ou moins longtemps (jusqu'à 4 ans) la même résection des splanchniques n'amena pas le moindre abaissement de la pression artérielle.

Ces résultats tendent donc à diminuer, chez le chien tout au moins, l'importance attachée au mécanisme vasomoteur splanchnique dans la pathogénie de l'hypertension d'origine rénale, ce qui s'accorde bien avec les conclusions de Prinzmetal et de Pickering au sujet du rôle joué par le système vasomoteur dans l'hypertension humaine, ainsi qu'avec les travaux de Page et de Collins qui ont montré que chez le chien l'excision des nerfs extrinsèques du rein ne suffit pas à elle seule à empêcher la production de l'hypertension expérimentale due à l'ischémie rénale.

Bien que les résultats de ces recherches n'arrivent pas à donner une base expérimentale à l'opération qui a été pratiquée pour influencer l'hypertension chez l'homme, ils ne contredisent pas nécessairement les heureux effets qui ont été rapportés chez certains sujets. Une étude ultérieure des effets de cette intervention chez l'homme s'impose avant que les résultats de cette opération puissent être convenablement appréciés.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASES (New-York)

Schwarz. ***Polioencéphalomyélite due au botulisme*** (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 86, n° 1, Juillet 1937, p. 7-24). — Les complications nerveuses du botulisme ont été l'objet de nombreux travaux anatomo-cliniques et expérimentaux. S. en rapporte une nouvelle observation. Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui entra à l'hôpital avec une atteinte des IIIe, IVe, VIe, VIIe, Xe, XIIe nerfs craniens et de la branche motrice du trijumeau. Il existait de la parésie des membres supérieurs et inférieurs, avec abolition des réflexes tendineux et cutanés. A l'aggravation progressive de ces symptômes s'associèrent des troubles des sphincters, de la gêne respiratoire avec cyanose et de la tachycardie, qui déterminèrent la mort de la malade.

L'examen montra un état œdémateux et congestif du névraxe avec dilatation et infiltration cellulaire des gaines périvasculaires. Des lésions corticales marquées atteignaient les cellules pyramidales de la troisième couche sous forme de gonflement avec vacuolisation du protoplasme, tigrolyse et excentration du noyau. Ces lésions prédominaient dans la zone agranuleuse du cortex, car les cellules du cortex granuleux présentaient simplement un peu d'œdème. Notons encore l'intégrité à peu près complète des noyaux centraux, l'atteinte des petites cellules du noyau rouge, et surtout des cellules des noyaux moteurs des nerfs craniens et des cornes antérieures de la moelle.

L. insiste sur l'atteinte de l'écorce et du noyau rouge qui n'est pas habituelle dans le botulisme. Il existait en outre une certaine discordance entre les troubles oculaires et l'intégrité à peu près complète des noyaux oculo-moteurs.

L. se demande si les lésions anatomiques constatées suffisent à expliquer la gravité du tableau clinique. Il ne le pense pas, et serait disposé à faire intervenir en plus une action toxique du poison sur les nerfs périphériques.

H. Schaeffer.

Louis B. Shapiro et **Charles F. Read.** ***Le traitement pyrétogène de la démence précoce par l'huile soufrée*** (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 86, n° 2, Août 1937, p. 162-166). — Ce travail constitue un plaidoyer fervent en faveur du traitement de la schizophrénie par l'huile soufrée. S. et R. utilisèrent une huile soufrée à 2 pour 100, et firent une série de 8 injections à raison de 3 par semaine. Ils commencent par 2 cmc et augmentent de 2 cmc à chaque injection jusqu'à 6 cmc. La température monte 2 à 4 heures après l'injection, atteint son acmé 24 heures après cette dernière, montant à 102° ou 103° et même parfois 104°.

Dans un travail antérieur qui portait sur 176 cas traités, S. et R. avaient noté 13 rémissions et 55 améliorations. Les autres cas étaient restés sans changement.

S. et R. rapportent 103 cas nouveaux de schizophrénie traités par la même technique, surtout des cas aigus, les uns avec perplexité et indécision, les autres avec excitation et stupeur, d'autres avec apathie. S. et R. obtinrent, sur ces 103 cas, 11 rémissions, 19 améliorations marquées, 35 cas avec amélioration symptomatique et 38 sans changement.

Le traitement par l'huile soufrée donne surtout des résultats favorables dans les cas aigus avec excitation et stupeur, mais aussi dans les formes chroniques. L'amélioration se manifeste souvent avant la terminaison des injections. Dans les formes aiguës, le traitement peut permettre d'éviter le passage à l'état chronique. Le nombre des améliorations est en tout cas de beaucoup supérieur à celui des rémissions spontanées que l'on peut observer.

H. Schaeffer.

RADIOLOGIA MEDICA (Milan)

D. Salvadori. ***Deux cas rares de corps étrangers des voies biliaires*** (*Radiologia medica*, t. 24, n° 7, Juillet 1937, p. 598-602). — S. rapporte deux observations de corps étrangers des voies biliaires qui lui ont paru intéressantes, car il n'a pas trouvé de cas analogues dans la littérature; l'un a été observé à Empoli, et une intervention fut pratiquée assurant le contrôle de l'examen radiologique, l'autre à Sienne; tous deux sont dus au Prof. Salotti et concernent des aiguilles. Dans le premier cas, l'aiguille était implantée dans la paroi vésiculaire, dans le second elle était dans la vésicule elle-même.

A l'occasion de ces observations, S. insiste sur l'importance de l'examen radiologique systématique et l'intérêt de l'épreuve de Bonner qui a permis de préciser les rapports des corps étrangers avec la vésicule, et émet quelques hypothèses sur leur localisation anormale.

Morel Kahn.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

T. Glouchenky et **L. Poutschinky** (Rostow). ***La courbe journalière de la teneur du sang humain et de celui des animaux en urée*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 92, nos 4-5, 22 Juillet 1937, p. 367-374). — En prélevant le sang toutes les 60 minutes et en dosant l'urée par la microméthode de Lewinson, G. et P. ont vu que chaque animal (lapin, chien) possède un type déterminé de courbe journalière, les courbes accusant, en outre, pour chaque espèce animale, certaines particularités quant au nombre de sommets, à l'amplitude et au rythme des oscillations.

Chez l'homme, les oscillations physiologiques du taux de l'urée sanguine atteignent 20 à 75 milligr. pour 100, d'où il résulte: 1° qu'un seul dosage n'est pas suffisant pour donner une idée réelle du taux de l'urée sanguine; 2° qu'une seule détermination ayant révélé un chiffre exagéré ne peut servir de base au diagnostic de condition pathologique, car ce chiffre peut tenir à une élévation physiologique passagère, même si le malade n'a pas pris de nourriture avant le prélèvement du sang. Il s'ensuit que les données de la littérature, relatives aux variations physiologiques de la teneur du sang en urée, doivent être revisées et que les limites de ces oscillations doivent être élargies.

P.-L. Marie.

P. Gümüri et **S. Frenreisz** (Budapest). ***Influence des solutions physiologique et hypertoniques de NaCl sur l'azotémie « hypochlorémique »*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 92, nos 4-5, 22 Juillet 1937, p. 503-514). — G. et F. ont montré précédemment que, lors de l'azotémie hypochlorémique consécutive à l'occlusion du pylore, la concentration osmotique des tissus subit une augmentation marquée, et que dans la production du coma fatal un rôle est probablement joué par l'hypertonie osmotique des tissus. Aussi doit-on se demander s'il est correct d'injecter, comme on le fait souvent, des solutions hypertoniques de NaCl dans les azotémies hypochlorémiques. D'autre part, la déshydratation joue un rôle important dans le mécanisme des azotémies extrarénales et elle rend problématique la légitimité de l'emploi des solutions hypertoniques.

Chez des chats dont le pylore était fermé, G. et F. ont injecté sous la peau une solution hypertonique de NaCl à raison de 0 gr. 10 de NaCl par kilogramme et ils ont constaté que la survie se trouvait un peu prolongée par rapport aux témoins. Mais, si l'on injecte de la solution salée physiologique, la survie est deux fois et demi plus longue que chez les animaux traités par les solutions hypertoniques à dose optimum. Les solutions hypertoniques ne peuvent empêcher le développement de l'azotémie tandis qu'une solution physiologique peut le faire ou tout au moins retarder l'apparition de l'azotémie et atténuer son degré. Dans la production de l'azotémie, ce n'est donc pas la perturbation des chlorures, mais la déshydratation qui est la cause directe. L'azotémie peut se développer chez des animaux qui ne sont pas hypochlorémiques.

Pratiquement, dans les cas où l'ingestion d'eau est possible, la thérapeutique par les solutions hypertoniques salées peut procurer quelque bénéfice, mais, si la gêne à l'absorption de l'eau est très grande ou si la déshydratation est très avancée, c'est seulement la grande injection de solution physiologique qui peut donner des résultats.

P.-L. Marie.



LIPIODOL LAFAY

Huile d'œillette iodée à 40 %
0 gr. 540 d'iode par c. c.

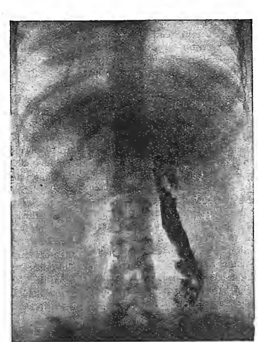
Pour combattre :

ASTHME
ARTERIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISMES
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

AMPOULES, CAPSULES, POMMADE, ÉMULSION, COMPRIMÉS

Pour explorer :

SYSTÈME NERVEUX
VOIES RESPIRATOIRES
UTERUS ET TROMPES
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCES ET FISTULES



Abcès froid exploré au " LIPIODOL "
(Collection Sicard et Forestier)

LIPIODOL "F" (fluide)

Ethers éthyliques des acides gras de l'huile d'œillette iodés à 40 %. 0 gr. 520 d'iode par c. c.

LABORATOIRES A. GUERBET & Cie 22, Rue du Landy, 22 **PARIS-SAINT-OUEN**

MÉDICATION ANTIHÉMORRAGIQUE

POLYCALCION

ANTIHÉMORRAGIQUE
DÉCHLORURANT
ANTI INFECTIEUX

CHLORURE DE CALCIUM
PHOSPHATE ACIDE DE CALCIUM
GLUCONATE DE CALCIUM
Agréablement aromatisé (en gouttes)

NEURO SÉDATIF
RECALCIFIANT
DÉSENSIBILISANT

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21, Rue Chaptal, PARIS (IXe)

MITTEILUNGEN AUS DER MEDIZINISCHEN AKADEMIE ZU KIOTO (Kyoto)

M. Sueda. ***Influence de l'iodure de potassium sur la fonction sexuelle des rats blancs mâles*** (*Mitteilungen aus der medizinischen Akademie zu Kioto*, t. 20, n° 3, 1937, p. 1294-1295). — S. a employé quatre lots de rats blancs mâles. Au premier il a donné une petite dose d'iodure de potassium, au second, une dose moyenne, au troisième, une dose forte, et ce pendant une période allant de 60 à 108 jours; le quatrième lot servait de témoin. Il a noté le pourcentage de parturitions ayant eu lieu chez les rattes données à chacun de ces mâles et examiné l'activité et la durée de vie des spermatozoïdes prélevés chez ces animaux. Il a vu ainsi que l'administration continue d'une petite dose d'iodure n'a pas d'effet fâcheux, mais que les doses moyennes et fortes nuisent de façon évidente à la fonction sexuelle mâle, la limite de la dose nuisible étant, rapportée à un homme de 50 kilogr., de 1 gr. 20 par jour.

THE TOHOKU JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Sendai)

T. Kurosawa. ***La réaction d'Arakawa et le contenu en sodium et en potassium du lait humain*** (*The Tohoku Journal of experimental Medicine*, t. 31, n°s 1-2, Mai 1937, p. 81-106). — On avait primitivement pensé que ce qui faisait la positivité de cette réaction était une différence dans la teneur du lait en peroxydase. Mais depuis on s'est aperçu que dans les laits donnant une réaction positive les chlorures sont peu abondants. En ce qui concerne le sodium, les recherches de K. montrent que le lait humain qui donne une réaction positive est généralement pauvre en ce corps, tandis que le lait à réaction négative en renferme beaucoup. Le lait à réaction complètement négative renferme en moyenne 40 pour 100 de sodium de plus que le lait à réaction positive. D'autre part, une mère dont le lait présente une réaction différente aux deux seins ne sécrète pas toujours en même temps un lait riche et un lait pauvre en sodium.

K. a recherché parallèlement les variations du potassium du lait humain par rapport à la réaction d'Arakawa. Il a constaté que le lait qui donne une réaction positive est d'ordinaire pauvre en potassium tandis que celui qui donne une réaction négative en renferme beaucoup. La teneur en potassium des laits à réaction complètement négative diffère de 32 pour 100 de celle des laits à réaction positive quant au potassium. Un mère qui sécrète un lait donnant une réaction différente selon le sein sécrète d'ordinaire, mais non toujours, un lait pauvre et un lait riche en potassium en même temps.

Les quotients sodium/chlorure et sodium/potassium sont tous deux très variables; en particulier, le sodium, le chlorure et le potassium n'augmentent pas ou ne diminuent pas toujours parallèlement ensemble.

P.-L. Marie.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

O. Spühler. ***La question de la commotion du cœur*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 26, 26 Juin 1937, p. 571-576). — On considère en général la commotion du cœur sans lésions pénétrantes comme un phénomène assez rare. Mais les recherches électrocardiographiques et surtout la découverte des relations entre les altérations des coronaires et l'angine de poitrine ont amené à modifier un peu les conceptions qu'on avait jusqu'ici.

S. a eu, au cours de ces derniers temps, l'occasion de faire diverses observations instructives, notamment dans un cas concernant un chauffeur de 32 ans qui, en chargeant une auto, est tombé assis sur le sol et qui a présenté 6 semaines plus tard une dilatation du cœur, de la stase pulmonaire et des symptômes électrocardiographiques caractéristiques d'une altération du myocarde d'origine coronarienne. En pareille circonstance le pronostic doit être fait avec prudence.

Dans un second cas, il s'agit d'un infarctus du cœur survenu chez un homme de 57 ans, du fait d'un choc violent sur la poitrine, alors qu'il poussait une voiture à bras lourdement chargée. La commotion du cœur a été favorisée par l'effort violent accompli par l'homme et, en outre, par l'existence antérieure possible d'une sclérose des coronaires.

Dans un troisième cas, il s'agit d'un homme de 47 ans qui a reçu un coup de corne de vache dans la poitrine et chez lequel il est apparu un accès d'angine de poitrine et de collapsus circulatoire accompagné d'un bloc d'arborisation; ce cas peut également être considéré comme favorisé par l'existence antérieure d'une sclérose des coronaires.

Ces diverses observations montrent que le diagnostic est souvent difficile. Néanmoins, au début, le diagnostic d'une commotion typique du cœur n'est pas difficile à poser: la douleur vive, la dyspnée, l'hypotension, l'arythmie, la bradycardie ou la tachycardie, puis plus tard l'accélération de la sédimentation, les élévations de température, la leucocytose, la dilatation aiguë du cœur forment un tableau significatif. D'autre part, le malade peut se remettre si vite de la commotion que le médecin ne constate plus rien : en une heure, par exemple, tout phénomène pathologique peut avoir disparu. Cependant, à ce moment, l'électrocardiogramme ou encore l'épreuve du travail peut donner des résultats significatifs, tout au moins chez des jeunes gens. Chez les sujets plus âgés, il est toujours plus difficile de conclure.

La cause déclanchante de ces commotions du cœur paraît être une onde d'ébranlement qui peut très vraisemblablement entraîner le spasme des coronaires. Par ailleurs, toute altération du cœur favorise l'action pathogène du traumatisme. Ces commotions doivent d'ailleurs être considérées comme un accident vraiment fréquent. Le diagnostic doit être fait d'une façon précoce. C'est seulement ainsi qu'on peut ultérieurement arriver à reconnaître la nature exacte de troubles apparemment névropathiques.

P.-E. Morhardt.

O. Roth. ***Symptomatologie et pathogénèse de quelques intoxications*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 27, 3 Juillet 1937, p. 593-596). — R. cherche à montrer dans ce travail à la suite de Zangger jusqu'à quel point, en cas d'intoxication, les phénomènes peuvent être complexes. Il donne ainsi l'observation d'un homme de 22 ans qui travaille avec de l'acide nitrique fumant. Un jour, par suite d'un mauvais fonctionnement de l'appareil, celui-ci fut ouvert et le malade respira des vapeurs nitreuses en abondance. Il survint à ce moment de la toux, des nausées, des vertiges, puis un peu plus tard un accès convulsif et finalement de la dyspnée et de la raideur musculaire. Peu de temps après, l'examen du malade montra que celui-ci présentait une réaction de Chvostek positive, qu'il avait dû avoir, par conséquent, des convulsions tétaniques peut-être par hyperventilation, mais que les vapeurs nitreuses n'étaient pas en jeu. Des expériences d'hyperventilation firent reproduire d'ailleurs des symptômes tout à fait analogues à ceux qui avaient été ressentis par le malade au moment de la crise convulsive et, fait remarquable, ultérieurement des crises semblables se renouvelèrent, bien que le malade n'en ait jamais présenté auparavant.

Dans une autre observation il s'agit d'un ouvrier occupé à des travaux de soudure et qui a présenté des accès d'asthme avec augmentation des éosinophiles, des lymphocytes et de l'azote résiduel dans le sang quand il s'occupait à des travaux de soudure. En pareil cas, le travail de la soudure, qui ne peut être considéré comme comportant des dangers sérieux d'intoxication, a eu une influence pathogène chez ce sujet prédisposé d'autant plus que son père était lui-même atteint d'asthme.

D'autres observations d'asthme polyvalent, de purpura par thrombopénie survenus après injection d'hypnotique (sédormide), d'agranulocytose constatée après ingestion d'analgésiques (pyramidon, novalgine, cibalgine), sont données. En ce qui concerne l'agranulocytose, R. constate que cette affection survient surtout chez des gens âgés, que l'action toxique n'est certainement pas seule à jouer un rôle et que l'organisme doit être prédisposé par une constitution spéciale.

Une dernière observation concerne une jeune fille de 17 ans chez laquelle deux applications d'onguent gris pour abcès tubéreux de l'aisselle provoquèrent une modification de l'hémogramme dans le sens d'une agranulocytose vraie, assez grave pour qu'on n'osât pas refaire une expérience chez cette malade. On constata cependant que l'application d'étain entraînait des phénomènes analogues, de sorte qu'il devait s'agir d'une hypersensibilité spécifique pour les métaux lourds.

P.-E. Morhardt.

Julius v. Ries. ***Irradiations à la lumière verte et pigment sanguin rouge*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 27, 3 Juillet 1937, p. 596-598). — Selon R. la photothérapie doit se fonder sur le pouvoir d'absorption de l'hémoglobine et non pas exclusivement sur les rayons ultraviolets. L'hémoglobine absorbe en effet les rayons verts-jaunes du spectre et laisse passer les rayons rouges, oranges et jaunes dont le pouvoir de pénétration est assez considérable. Dans ces conditions, l'hémoglobine assimile en quelque sorte complètement la partie verte du spectre qui ne pénètre pas tandis que les rayons rouges se transforment à l'intérieur du corps en chaleur. Mais ces rayons rouges comme les autres sont arrêtés par les vêtements, sauf dans les régions découvertes, de sorte qu'il peut se réaliser pour l'organisme une carence de lumière, idée qui se trouve confirmée par les effets des rayons ultra-violets sur le rachitisme et sur la cholestérine des glandes sébacées.

On doit savoir également que les rayons de courte et de grande longueur d'ondes se comportent les uns vis-à-vis des autres d'une façon antagoniste. On ne saurait donc associer les irradiations de la lampe de quartz et celles d'une ampoule donnant de l'infrarouge et du rouge. On admet actuellement que la production d'érythème et la pigmentation par la lumière sont dues à la production d'histamine aux dépens de l'histidine existant dans la peau. Mais l'iontophorèse histaminique poursuivie pendant des semaines ne produit pas de pigmentation; d'autre part, l'action des ultraviolets est prévenue par une irradiation préalable aux rayons rouges et enfin certaines substances peuvent, par iontophorèse, provoquer de l'érythème mais pas de pigmentation. Dans ces conditions la composition du mélange lumineux le plus favorable à utiliser en photothérapie n'est pas représentée par les irradiations de la lampe à vapeur de mercure qui ne contient pas assez de vert. Mais on arrive, par des dispositifs spéciaux et par des substances phosphorescentes, à transformer les rayons invisibles en rayons visibles et à enrichir les sources lumineuses en rayons verts. Les dispositifs de ce genre forment alors un mélange adapté au maximum à l'absorption physiologique de l'hémoglobine.

P.-E. Morhardt.

R. Lyon. ***Les réflexes des nouveau-nés*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 30, 24 Juillet 1937, p. 689-692). — L. a étudié le caractère et la fréquence des réflexes ordinaires de 100 enfants normaux au cours des 24 premières heures de l'existence. Parmi les réflexes ainsi étudiés, figurent d'abord les réflexes tendineux. Le réflexe rotulien a été positif dans 98 cas. Il était net surtout chez des enfants reposés. Dans 18 cas, la réaction a été exagérée. Le réflexe du tendon d'Achille a été positif 42 fois, celui du tendon du biceps du bras 89 fois et celui du triceps 63 fois. Le clonus du pied n'existait que dans un cas. Le réflexe du biceps et du triceps du bras a été bien moins souvent positif chez les enfants de plus de 4 kilogr. (13 et 10 pour 100) que chez ceux de 2 à 3 kilogr. (91 et 56 pour 100). Parmi les réflexes superficiels, le réflexe plantaire ou de Babinski est très développé chez les nouveau-nés. Il y avait surtout flexion dans 44 cas et extension dans 36 cas. Le réflexe de la paume, qui est analogue, a été obtenu 78 fois et le réflexe de l'étreinte de la main et des orteils était puissant chez les enfants. Le réflexe abdominal, difficile à obtenir, a été positif 6 fois, le réflexe crémastérien, 16 fois, le réflexe d'Oppenheim vrai a été rare, celui de la vasodilatation cutanée par grattage de la peau a été très durable. Le réflexe de succion était visible dans tous les cas, surtout chez les enfants les plus vigoureux.

Le réflexe de Moro (mouvement en demi-cercle des bras, les doigts étendus après coup brusque sur la table de la tête de l'enfant) a été positif 98 fois.

Sous l'influence d'une lumière vive la pupille s'est contractée lentement 61 fois, phénomène qui a été suivi d'une dilatation lente 26 fois. La réaction de Chvostek a été très souvent positive: un mouvement des muscles de la lèvre supérieure a été observé 96 fois après choc au centre de la joue.

En somme l'absence du réflexe rotulien, du réflexe de succion, du réflexe facial, du réflexe du biceps et du réflexe de Moro fait penser à une affection des nerfs périphériques, à une blessure intracranienne ou à un arrêt de développement mental du nouveau-né.

P.-E. Morhardt.

Hedwig Fatzer. ***La question de la méningite séreuse et de la maladie des jeunes porchers*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 31, 31 Juillet 1937, p. 709-713). — Au cours de ces derniers temps, on a décrit à maintes reprises des cas de méningite séreuse survenant surtout chez des jeunes gens. A la clinique universitaire de Bâle, cette forme de méningite a été observée 18 fois au cours des 10 dernières années. Sur ces malades il en est 8 chez lesquels ce diagnostic paraît vraiment bien établi. Dans un de ces cas, il s'agissait d'un homme de 29 ans qui travaillait dans une exploitation rurale comptant 400 porcs. Son observation présente des analogies très remarquables avec la « maladie des jeunes porchers » observée en Suisse occidentale et en Haute-Savoie qui a été également baptisée de « grippe des laiteries », de « dengue des tommiers » (de tomme= fromage mou) ou encore de « maladie des fruitières » (fruitière=fromagerie). Elle est caractérisée par une lassitude, des douleurs musculaires surtout dans le dos et dans les mollets, de la tension douloureuse dans le ventre, de la constipation, des vomissements, de la fièvre, des sueurs profuses, de la conjonctivite; les selles ont une odeur fétide caractéristique.

Dans un autre cas, entré à l'hôpital avec le diagnostic de méningite séreuse et concernant un homme de 33 ans, on a également des raisons de croire qu'il s'agit là de la maladie des jeunes porchers, car cet homme a eu l'occasion de passer une demi-heure couché dans un grand baquet où les porcs sont ébouillantés.

Une enquête poursuivie à ce sujet auprès de médecins de la Suisse orientale n'a d'ailleurs rien donné, étant donné la brièveté de la maladie et le fait qu'il n'est jamais procédé en pareil cas à une ponction lombaire.

Parmi les 6 autres cas de méningite séreuse certaine observés à la clinique de Bâle, il en est 2 où il semble s'être agi de poliomyélite de forme abortive et 4 dont l'étiologie n'a pu être élucidée. D'une façon générale, on doit conclure de là que les méningites séreuses cryptogénétiques sont assez rares et qu'elles le seront d'autant moins que l'interrogatoire et l'examen seront plus complets. En tout cas, on doit songer, en pareil cas, à la possibilité de la maladie des jeunes porchers.

P.-E. Morhardt.

F. Andina. ***Eblouissements (vision noire) ; expression des variations de la presion sanguine au cours des acrobaties aériennes*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 33, 14 Août 1937, p. 753-757). — La technique actuelle permet d'imprimer aux avions des accélérations qui sont difficilement supportées par l'organisme humain. Sous l'influence de la force centrifuge qui se manifeste au moment des changements de direction, il apparaît des troubles proportionnels à l'accélération qui est évaluée en unités correspondant à l'accélération observée à la surface de la terre (9,81 mètres-seconde). On est ainsi amené à admettre que sous l'influence d'une accélération relativement modérée, la masse du sang — quand l'énergie agit dans la direction tête-pied — quitte l'extrémité céphalique pour s'accumuler dans le bas du corps. Les recherches qui ont été poursuivies par A. ont consisté à rechercher de combien la pression doit tomber dans les vaisseaux oculaires pour que l'éblouissement apparaisse au cours du vol. Pour cela, on a utilisé le dynanomètre de Baillart qui permet de calculer en millimètres de mercure la pression intraoculaire d'un œil préalablement anesthésié. D'autre part, on a déterminé l'accélération nécessaire au cours du vol pour que l'éblouissement apparaisse et, en outre, on a cherché à produire ce phénomène par compression au moyen du dynamomètre. A. a procédé sur lui-même à des expériences pour déterminer la vitesse acquise par l'avion au moment où les troubles visuels apparaissent. Il a ainsi constaté que ces troubles présentent trois phases: 1° vision noire; le tableau devient sombre mais reste lisible; 2° voile noir qui commence du côté interne et au cours duquel une partie du champ visuel s'éteint complètement; 3° amaurose complète. La première phase de ces troubles a été observée avec une accélération généralement de 4,5, parfois les trois phases sont survenues avec une accélération de 5. Dans un demi-looping sur le dos, les troubles visuels ont été plus faciles à déterminer avec une accélération entre 4 et 5.

Par ailleurs, le dynamomètre a fait apparaître des troubles visuels ayant le caractère de ce qui est observé en avion en portant la pression intraoculaire à 44 mm. pour la vision noire (au lieu de 18, chiffre normal), 55 mm. pour le voile noir et à 75 mm. pour l'amaurose complète. Cela revient à dire que dans le premier cas, la pression de 78 mm. qui règne dans l'artère centrale n'a pu dépasser la pression intraoculaire que de 34 mm. Une même différence doit donc être obtenue au cours du vol en avion par un abaissement de la pression qui règne dans l'artère centrale de 78 à 52 mm. Quand il s'agit d'un phénomène du rideau, cette pression doit s'abaisser à 27 mm. et dans l'amaurose complète à 3 mm. Ainsi quand l'accélération atteint 5, la pression dans l'artère centrale de la rétine tombe à 21. Il est vraisemblable qu'à ce moment, dans les vaisseaux de la base du crâne, la pression s'abaisse à peu près dans les mêmes proportions. Mais les effets sont moins sensibles car dans les tissus de cette région, il n'existe pas de contre-pression semblable à celle que représente la pression intraoculaire.

Il est vraisemblable que le phénomène de la vision noire qui survient au cours de la perte de connaissance doit s'expliquer d'une façon analogue, le collapsus ayant le même effet que l'accélération.

En terminant, A. note encore la vision rouge (érythropsie) qui survient quand la force centrifuge s'exerce dans le sens pied-tête et où au lieu de diminuer la pression sanguine augmente dans les vaisseaux cérébraux, en entraînant parfois des hématomes sous-conjonctivaux.

P.-E. Morhardt.

A. Franceschetti et **F. Rintelen.** ***Au professeur A. Brückner pour son soixantième anniversaire, le 26 Août 1937*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 34, 21 Août 1937, p. 773-774). — Dans le numéro spécial dédié au Professeur A. Brückner et où on trouve toute une série importante d'articles d'ophtalmologie, F. et R. consacrent quelques lignes à A. Brückner dont la réputation comme ophtalmologiste est mondiale. Sa famille était originaire des bords de la Baltique, son père était un historien connu de l'Europe centrale et son frère avait la chaire de géographie à Vienne.

A. Brückner fit d'abord des études purement scientifiques, notamment chez le physiologiste Hering, puis se tourna vers la médecine pratique et plus spécialement vers l'ophtalmologie. Ses premiers travaux furent faits à Würzburg et consacrés aux sens des couleurs. Puis il alla à Koenigsberg, à Berlin, à Iéna et enfin à Bâle en 1923 où il travailla à l'édition du « Petit traité d'ophtalmologie » en 7 volumes qu'il édita avec Schieck et pour lequel il rédigea le chapitre sur les méthodes d'examen clinique. En 1933 il acquit les droits civiques suisses.

P.-E. Morhardt.

O. Lœwi. ***Le transport chimique de l'action nerveuse*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 67, n° 36, 4 Septembre 1937, p. 850-855). — L., l'un des deux titulaires du dernier prix Nobel de médecine, rappelle d'abord qu'en 1921 il a pu, par excitation des nerfs du cœur de grenouille, déterminer la libération dans le liquide de perfusion d'une substance capable d'agir comme le nerf excité. L'excitation du vague amène la libération d'une « substance vagale » dont les effets sont neutralisés par l'atropine, qui possède les propriétés de l'acétylcholine et qui est très rapidement détruite par un ferment, l'estérase.

Quant à l'excitation des nerfs sympathiques du cœur et des autres organes, elle libère une substance qui a les propriétés de l'adrénaline, exerçant sur le cœur une action prolongée, en contradiction avec l'oxydabilité rapide de cette substance. La cause de ce phénomène est que le cœur abandonne des principes qui inhibent cette oxydabilité.

L'atropine n'inhibe pas tous les effets de l'application d'acétylcholine. Elle n'agit par exemple pas sur la contraction de la vessie après excitation du nerf pelvien, ni sur la dilatation des vaisseaux salivaires après excitation de la chorda. Par ailleurs, il a été établi que certains nerfs appartenant au système sympathique libèrent non de l'adrénaline, mais de l'acétylcholine. On doit donc de préférence distinguer entre les fibres nerveuses « cholinergènes » et « adrénergènes ».

En somme, tous les nerfs végétatifs seraient excités par un mécanisme neurochimique. Les principes libérés par l'excitation du nerf ont évidemment pour origine la terminaison nerveuse elle-même. Effectivement, la section d'un nerf comme l'oculomoteur entraîne une dégénérescence et par conséquent la disparition de l'acétylcholine. Dans ces conditions l'ésérine qui protège l'acétylcholine contre l'estérase se montre inactive, c'est-à-dire incapable de faire reparaître les réflexes

lumineux. Au fur et à mesure que l'oculomoteur se régénère, l'acétylcholine reparaît, d'abord à dose si petite que l'ésérine est nécessaire pour que le myosis caractéristique de l'action de ce corps se produise. Il paraît très vraisemblable que ces terminaisons sont capables de fabriquer l'acétylcholine ou, tout au moins, que, dans ces terminaisons, il se trouve de l'acétylcholine sous une forme inactive que l'excitation du nerf rend active. Il a pu, en effet, être montré que dans un organe au repos, l'acétylcholine ne disparaît pas et se trouve, par conséquent, protégée contre l'estérase. Il en est vraisemblablement de même pour l'adrénaline qui existe dans le cœur au repos à une concentration très élevée et qui, cependant, reste sans effet. Ce n'est d'ailleurs pas l'oxydation qui rend l'adrénaline inactive, mais des actions antagonistes.

La période de latence qui existe entre l'excitation du nerf et l'effet sur le point d'attaque dépend évidemment de l'éloignement qui existe entre cette terminaison et la cellule sur laquelle cette dernière agit. Ce temps de latence est de 80 à 100 sigmas (millième de seconde), dans le cœur et de 2 sigmas seulement dans la synapse ganglionnaire. La cessation des effets de l'excitation, par ailleurs, est en rapport direct avec la proportion d'estérase. De plus, le potassium intervient dans ces phénomènes. L'adjonction de potassium, en effet, favorise l'apparition d'acétylcholine des glandes à innervation cholinergène. Il est possible qu'il en soit de même en ce qui concerne l'adrénaline.

Ce que ces constatations nouvelles ont de remarquable, c'est que, contrairement aux conceptions anciennes d'après lesquelles certaines substances chimiques étaient vagomimétiques ou sympathicomimétiques, l'excitation nerveuse a pour effet de produire ces substances elles-mêmes.

Au point de vue clinique, il y a lieu de penser que certains symptômes expliqués jusqu'ici par l'existence de phénomènes purement réflexes doivent en réalité être considérés comme le résultat de l'action de substances chimiques.

P.-E. Morhardt.

CASOPIS LEKARU CESKYCH

(Prague)

Vojta et **Stolzova-Sutorisova**. ***Importance et signification de la gonoréaction dans les annexites*** (*Casopis lékaru Ceskych*, t. **76**, n° 13, 2 Avril 1937, p. 390-398). — Cette étude porte sur 596 cas d'annexites, dont 492 (78,3 pour 100) étaient cliniquement d'origine gonococcique. Pour ces derniers, la recherche des gonocoques a été positive 279 fois (59,1 pour 100), tandis que la gonoréaction était positive 230 fois (49 pour 100) et douteuse 78 fois (16,3 pour 100). Cette proportion relativement faible s'explique par le fait que les lésions sont strictement locales le plus souvent, sans que les antigènes spécifiques passent dans la circulation. La réactivation par une injection de vaccin antigonococcique est un excellent moyen de sensibiliser l'épreuve : de positive dans 49 pour 100 des cas la première semaine, la gono-réaction devient positive dans 87,5 pour 100 des cas dans la troisième semaine après l'injection. Or — les auteurs le soulignent — le gonovaccin frais provenant de l'Institut d'Hygiène d'Etat n'a jamais provoqué de gonoréaction positive à lui seul, sans infection spécifique. Pratiquée après réactivation, l'épreuve s'avère donc un précieux moyen de diagnostic dans les annexites chroniques. Des considérations techniques montrent ensuite l'utilité d'employer plusieurs antigènes, du sérum frais ou inactivé, et d'additionner le complément à des dilutions différentes. Depuis 1931, V. et S. donnent la préférence à une réaction au sérum frais, analogue à celle de Hecht-Levaditi pour la syphilis.

Guy Henri.

Prochazka. ***L'endocardite aiguë au cours de la scarlatine*** (*Casopis lékaru Ceskych*, t. **76**, n° 22, 22 Juin 1937, p. 785-788). — En 2 ans, sur 2.421 cas de scarlatine traités, P. a pu observer onze fois une endocardite aiguë, authentifiée par son évolution ultérieure après guérison de la maladie infectieuse. Sur ces onze cas, l'hémoculture a été trois fois positive sur le streptocoque hémolytique; le rhumatisme scarlatin coïncidait chez 3 enfants et disparut sous l'influence du traitement par les transfusions sanguines et les injections intraveineuses de trypaflavine à 0,5 pour 100. Le traitement par les salicylates a été presque inopérant. Il y a donc lieu de conclure que les endocardites aiguës au cours des scarlatines sont beaucoup moins fréquentes que les lésions du myocarde et les arthrites et qu'elles dépendent directement de son germe étiologique.

Guy Henri.

Symon et **Firytova**. ***Importance et signification de l'électrocardiogramme au début de la diphtérie*** (*Casopis lékaru Ceskych*, t. **76**, n° 22, 22 Juin 1937, p. 789-793). — Des électrocardiogrammes ont été systématiquement pratiqués chez 35 sujets atteints d'angine diphtérique pure, de forme légère dans la moitié des cas, de forme grave en 10 cas seulement, dont un mortel. Le tracé électrographique s'est montré anormal à 20 reprises. Ces modifications du tracé ont été observées dès le 2° jour de la maladie, en général 5 à 6 jours avant l'apparition des premiers signes cliniques de myocardite. Le plus souvent l'onde T3 devient négative, puis diphasique, anomalie susceptible de disparaître par la suite. De plus, le segment ST s'abaisse et la prépondérance ventriculaire droite apparaît en même temps que l'inversion de l'onde T. Ces modifications ont été observées même dans les cas légers (11 fois sur 18 cas) : une paralysie vélopalatine est apparue 7 fois par la suite, et 4 fois un abaissement brusque de la tension sanguine avec galop, malgré la mise en œuvre du traitement cardiaque préventif. L'électrocardiographie constitue donc un moyen d'investigation très important pour le pronostic, dès les premiers jours de la maladie, surtout, peut-être, pour les formes légères et même pour les formes abortives. Elle facilite le diagnostic et le traitement de la myocardite et peut épargner bien des surprises désagréables. Il faut souligner cependant que la constatation d'un tracé initial normal n'exclut pas de façon absolue l'apparition d'une myocardite ultérieure, éventuellement mortelle, comme les auteurs ont pu en observer un cas.

Guy Henri.

Sikl et **Raska**. ***Deux cas d'endocardite aortique syphilitique floride avec présence de spirochètes*** (*Casopis lékaru Ceskych*, t. **76**, n° 22, 22 Juin 1937, p. 793-799). — Les deux observations rapportées concernent des sujets morts subitement sans avoir jamais subi aucun traitement antisyphilitique. Les lésions scléro-gommeuses des valvules aortiques s'accompagnaient de lésions d'aortite syphilitique typique. Par les colorations spéciales de Kanzler, des spirochètes ont été décelés au niveau des lésions nécrotiques, surtout dans les petits foyers situés à la périphérie de la nécrose gommeuse. Au centre des lésions gommeuses et dans les tissus de granulation lymphocytaire, on n'a jamais coloré de spirochètes. Ces derniers sont, au contraire, très nombreux dans les zones réactionnelles où l'afflux des polynucléaires entoure un point nécrotique du type hyperergique. Ces foyers nécrotiques peuvent guérir et laisser, dans ce cas, une cicatrice microscopique à la place du réseau élastique détruit de la valvule, partie constituante de la lésion gommeuse globale.

Guy Henri.

Stefl et **Kolar**. ***Mécanisme de l'influence cardiotonique de la strophantine*** (*Casopis lékaru Ceskych*, t. **76**, n° 22, 22 Juin 1937, p. 799-801). — Les auteurs ont étudié expérimentalement l'effet des doses mortelles de strophantine sur le myocarde et notamment sur la fixation du calcium. Ils ont pu prouver, par comparaison avec la teneur en calcium du myocarde d'animaux témoins, que le taux du calcium dans la cendre obtenue par calcination des cœurs d'animaux intoxiqués s'accroît de façon considérable. En utilisant la méthode de Kleinmann pour l'icinération du myocarde, ils ont montré que le pourcentage du calcium dans ce parenchyme augmente de 0,389 à 0,571. Les cardiotoniques du groupe de la strophantine fixent ainsi les apports calciques sur le muscle cardiaque à la manière des stérols. Cette analogie d'action expliquerait les succès de la vitamine D, dont la formule chimique est voisine de celle de la strophantine, dans son emploi thérapeutique au cours des affections rhumatismales et son efficacité contre la défaillance myocardique et la décompensation due aux lésions valvulaires.

Guy Henri.

Gawalowski. ***Contribution au traitement de la dermatite herpétiforme de Duhring*** (*Casopis lékaru Ceskych*, t. **76**, n° 22, 22 Juin, p. 847-850). — Chez 3 sujets atteints de dermatite herpétiforme de Duhring, dont 2 présentaient, du reste, des stigmates d'acromégalie et une hyperhidrose axillaire considérable, en se fondant sur les travaux récents qui font de cette affection un trouble dysendocrinien du métabolisme hydrique, l'auteur a utilisé un traitement par l'extrait de neurohypophyse, sous forme de pitressine ou pressocrine. Les poussées érythématobulleuses et l'hyperhidrose ont été jugulées par une injection de pressocrine à 10 tous les deux jours. L'effet du traitement n'est que passager, mais l'intervalle entre les poussées d'exanthème se prolonge notablement. Cette amélioration certaine serait due à une rétention relative des chlorures, avec diminution de la déshydratation sudorale sous l'influence de la pressocrine.

Guy Henri.

SPLÉNOMÉDULLA

(EXTRAITS CONCENTRÉS DE RATE ET DE MŒLLE OSSEUSE ASSOCIÉS)
SIROP — AMPOULES INJECTABLES ET BUVABLES

COLLOIDOGÉNINE

DU Dr BAYLE
EXTRAIT SPLÉNIQUE SPÉCIAL
SIROP — AMPOULES INJECTABLES ET BUVABLES

LABORATOIRES CHAIX -- HUGON & CAZIN, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
8 et 10, Rue Alphonse-Bertillon, PARIS (XVe)



LABORATOIRES FOUGERAT
44, Rue Chaptal - LEVALLOIS (Seine)



A 1.050 mètres

VILLARD-DE-LANS

(ISÈRE)

STATION D'ALTITUDE IDÉALE
POUR LES
Enfants Délicats et Convalescents
OUVERTE TOUTE L'ANNÉE

Aucun tuberculeux n'est admis dans la Station

Un certificat de non-tuberculose et de non-contagion est exigé de toute personne arrivant dans la station pour y séjourner à quelque titre que ce soit.

La station est placée sous le contrôle permanent d'une commission d'hygiène et d'un médecin chargé de la vérification des certificats et de l'examen des arrivants qui n'en sont pas munis.

Pour tous renseignements et location, s'adresser au Syndicat d'Initiative, à VILLARD-DE-LANS (Isère).

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Première Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, Docteur en Pharmacie

Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme.
Vingt gouttes IODALOSE *agissent comme un gramme Iodure alcalin.*
Doses moyennes : Cinq à vingt gouttes pour les Enfants, dix à cinquante gouttes pour les Adultes.
Laboratoire GALBRUN, 10 et 12, rue de la Fraternité, SAINT-MANDÉ.

Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

J. Henriet (Pontarlier). ***Le rôle préventif des injections intra-artérielles médicamenteuses dans le traitement des traumatismes infectés des membres*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. **110**, n° 54, 7 juillet 1937, p. 877-879). — Six observations de fractures ouvertes ou de plaies aux membres viennent montrer l'intérêt de l'injection intra-artérielle, à titre préventif dans ces traumatismes infectés. On a injecté le jour de l'accident, le troisième et le sixième jour, dans l'artère fémorale, ou dans l'artère humérale, 10 cmc d'une solution de mercurochrome à 2 pour 100.

Il est difficile de prouver l'action préventive de ces injections médicamenteuses, cependant ce rôle a semblé assez net. Dans 5 cas, les suites opératoires ont été simples et la cicatrisation rapide. Chez le sixième malade, qui présentait une fracture de Dupuytren ouverte, intra-articulaire, l'injection préventive n'ayant été faite que 15 heures après l'accident, la plaie prit au quarantième jour un mauvais aspect avec fusée sérohématique et transformation purulente de l'écoulement articulaire. Trois nouvelles injections intra-artérielles ne donnèrent aucune amélioration et n'empêchèrent pas le développement d'une infection secondaire qui se termina par une amputation.

Puisque l'action curative des injections intra-artérielles est certaine dans les infections graves des membres, l'emploi préventif de cette méthode paraît logique avant l'apparition de tout accident, lorsque le délabrement anatomique ou le retard apporté à l'acte chirurgical permettent de craindre l'infection.

Robert Clément.

JOURNAL DES PRATICIENS
(Paris)

I. Radvan (Bucarest). ***Sur le choc histaminique et le danger des bains froids en relation avec deux cas de cryo-allergie*** (*Journal des Praticiens*, t. **51**, n° 28, 10 Juillet 1937, p. 449-451). — Chez certains sujets sensibilisés au froid, une immersion dans l'eau froide détermine un collapsus cardio-vasculaire qui peut, peut-être, expliquer quelques morts subites.

Chez un jeune homme de 23 ans, l'exposition au froid provoquait une rougeur intense, l'application de glace, un gonflement accentué et dur, accompagné de sensations douloureuses, non prurigineuses, durant presque une heure.

La ligature constrictrice à l'aide d'un brassard pneumatique à la racine du membre empêche l'installation des troubles dermiques sur le membre exposé au froid. L'injection préalable d'adrénaline, à la dose de 1 cmc de la solution au millième, a le même effet. Le facteur circulatoire est donc indispensable pour l'apparition des phénomènes allergiques.

R. a émis l'hypothèse que ces phénomènes sont dus à une libération d'histamine tissulaire ou d'une substance analogue à celle-ci.

Dans les urines récoltées avant et pendant les poussées provoquées, du phénomène de sensibilisation au froid, la réaction de Pauly positive révèle une excrétion anormale des corps histaminiques.

Si la désensibilisation peut être obtenue sans autre traitement que la protection rigoureuse contre le froid, la guérison pourrait être aussi atteinte par des injections intra-dermiques et sous-cutanées d'histamine à doses progressives.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

Ch. Dopter. ***La pathogénie de la méningite cérébrospinale. Ses inconnues*** (*Paris Médical*, t. 27, n° 22, 29 Mai 1937, p. 469-476). — Dans la pathogénie de la méningite cérébrospinale, un seul fait est acquis, c'est la pénétration du méningocoque au niveau du rhino-pharynx, avec sa faculté de déterminer une rhino-pharyngite spécifique, point de départ de l'infection méningée.

Sur la voie que prend ultérieurement le germe pour envahir les espaces sous-arachnoïdiens, les avis restent partagés entre la propagation directe et l'ensemencement par voie sanguine. Des expériences récentes ont apporté des précisions nouvelles en montrant le chemin que peut prendre le méningocoque pour atteindre les espaces sous-arachnoïdiens sans passer par la grande circulation. Quant aux lésions vasculaires, on peut aussi les rapporter à la propagation par voie directe et, au lieu d'être l'effet de la septicémie, elle pourrait bien en être la cause.

On peut d'ailleurs se demander si toutes les méningites relèvent d'une seule et même pathogénie, et si les divers mécanismes ne pourraient intervenir à tour de rôle.

Des études expérimentales ultérieures, et des recherches anatomiques lors d'atteintes aiguës rapidement mortelles permettront de jeter quelques lumières sur le processus d'envahissement méningé par le méningocoque.

Robert Clément.

H. Darré et **P. Mollaret.** ***Quatre notions nouvelles sur la maladie du sommeil. Formes héréditaires de trypanosomiase avec hydrocéphalie*** (*Paris Médical*, t. **27**, n° 23, 5 Juin 1937, p. 512-515). — Chez un enfant de 13 mois, atteint d'hydrocéphalie avec retard physique et psychique et fièvre ondulante, on put mettre en évidence des trypanosomes vivants dans le liquide céphalo-rachidien qui, par ailleurs, présentait une hyperalbuminose à 0 gr. 50, 120 lymphocytes par millimètre cube et une réaction de Pandy positive. Le traitement par la tryparsamide amena la disparition des signes fonctionnels, un arrêt du développement de l'hydrocéphalie et le retour à la normale du liquide céphalo-rachidien. Cet enfant étant né en France et n'ayant jamais quitté l'Europe, l'existence d'une trypanosomiase chez lui semblait paradoxale, mais on retrouva chez la mère une trypanosomiase ignorée contractée lors de son retour vers la Métropole, au sixième mois de la grossesse.

Cette observation permet de conclure : 1° Qu'il est possible d'envisager la trypanosomiase chez un enfant né et vivant en France ; 2° Que le trypanosome de la maladie humaine est capable de passer à travers le placenta ; 3° Que la trypanosomiase congénitale est susceptible d'engendrer l'hydrocéphalie lorsque l'infestation maternelle date du dernier tiers de la grossesse.

Lorsque l'infestation maternelle se fait au début de la gestation ou, mieux, la précède, c'est un facteur important d'avortement spontané.

Cette notion ajoutée aux précédentes permet de considérer la trypanosomiase maternelle comme une cause importante de dénatalité et de morbidité infantile.

Robert Clément.

G. Benassi. ***Traumatismes cranio-encéphaliques et œdème pulmonaire*** (*Paris Médical*, t. **27**, n° 24, 12 Juin 1937, p. 525-532). — Toute lésion cranio-cérébrale expose le blessé à de redoutables complications pulmonaires. Il s'agit dans la plupart des cas d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie souvent bilatérale, qui emporte le malade quelques jours après l'accident. Des complications analogues s'observent chez des sujets frappés par un ictus apoplectiforme ou atteints d'autres troubles importants de la circulation encéphalique.

Chez des lapins et des chiens, on a essayé de reproduire l'hypertension intra-cranienne en introduisant dans le crâne après trépanation une certaine quantité de liquide et en limitant au minimum le traumatisme opératoire. Dans quelques cas, on a perçu à l'auscultation des râles, mais on n'a jamais observé de mousse rosée provenant de l'arbre respiratoire. Une seule fois à l'autopsie, on a trouvé les bronches remplies d'un liquide séreux. En général les lésions pulmonaires sont importantes : ecchymoses pleurales, emphysème en îlots, congestion vasculaire intense, parfois accompagnée d'un œdème partiel.

Une deuxième série d'expériences a donné des résultats analogues.

Ces recherches montrent une corrélation pathologique entre l'encéphale et les poumons, mais n'ont pas réussi à reproduire un œdème assez soudain et abondant pour que la mort s'ensuive. Cela tient aux différences anatomiques et fonctionnelles entre l'homme et les animaux.

Au point de vue pratique on doit surveiller attentivement les poumons chez les blessés du crâne et chez les malades atteints de lésions cérébrales. Au point de vue médico-légal, l'œdème pulmonaire massif constaté à l'autopsie est en faveur d'une survie après l'accident cranio-cérébral, survie très brève ou d'une certaine durée. Il n'est pas prudent pour le moment d'en tirer d'autres conclusions.

Robert Clément.

P. Sainton. ***Le rôle des formations accessoires et ectopiques en pathologie endocrinienne*** (*Paris Médical*, t. **28**, n° 27, 3 Juillet 1937, p. 19-24). — Les formations ectopiques ou aberrantes des glandes endocrines jouent parfois un rôle important. Elles peuvent venir au secours d'un organisme en déficience hormonale à la suite de la carence ou de l'ablation de la glande principale. Leur intervention peut expliquer des résultats thérapeutiques paradoxaux.

L'existence d'une thyroïde accessoire dans la région sous-maxillaire fut providentielle chez une malade atteinte de tétanie chronique post-opératoire. L'ablation chirurgicale d'un goitre lingual peut être suivie d'un myxœdème parce que le corps thyroïde cervical est absent. S. a eu l'occasion d'observer le fait chez une fille de 14 ans.

Dans un cas d'ostéose fibrokystique de Recklinghausen, l'ablation des parathyroïdes inférieures n'amène aucune amélioration. Deux ans plus tard,

on ne trouve pas les parathyroïdes inférieures, mais une tumeur juxtaposée au tissu thyroïdien, se composant de plusieurs nodules parathyroïdiens.

Les formations thymiques accessoires sont nombreuses mais leur rôle est mal précisé. Il existe de même des formations pathologiques aberrantes des glandes hypophysaires et des surrénales.

Il existe dans l'organisme de véritables systèmes à fonction endocrine et non des glandes isolées, d'où des suppléances qui se produisent notamment après les thyroïdectomies totales. Il faut « admirer les précautions prises par l'organisme pour assurer la continuité de la fonction endocrinienne et la défendre, non seulement contre une atteinte morbide, mais encore contre le chirurgien trop radical. »

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

Mlle **F. Bloch** et **M. Ducourtioux**. ***Le contrôle histobactériologique des tuberculoses cutanées*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **58**, n° 6, Juin 1937, p. 625-651). — L'examen histologique et bactériologique des biopsies cutanées peut rendre des services précieux dans le diagnostic des dermatoses suspectes de tuberculose.

Chez 7 malades, dont le diagnostic de dermatose tuberculeuse paraissait cliniquement établi, les examens de laboratoire ont confirmé cette impression. Trois cas étaient considérés comme douteux. Pour l'un d'eux, un jeune homme porteur de gommes sous-cutanées multiples, à évolution torpide, l'origine tuberculeuse a été démontrée par l'ensemencement direct et l'inoculation au cobaye. Dans les 2 autres cas, cliniquement incertains, concernant des lésions verruqueuses du genou chez un enfant de 9 ans et un lupus de la joue chez un enfant de 4 ans, il n'a pas été possible d'isoler le bacille de Koch. L'observation prolongée du premier malade a indiqué qu'il ne s'agissait pas de tuberculose cutanée ; pour le dernier, l'échec s'explique par le peu d'importance du prélèvement fait.

Sur les 8 cas positifs, 6 appartenaient au type humain et 2 au type bovin. Les bacilles humains étaient de virulence moyenne dans 4 cas, atténués 1 fois et exaltés une autre. L'un des bacilles bovins s'est révélé comme très virulent, l'autre de virulence moyenne.

L'examen histologique montre souvent des aspects atypiques dont on ne doit pas nier, *a priori*, l'origine tuberculeuse.

L'inoculation au cobaye est la méthode de choix pour la détection de la tuberculose. Il est prudent d'inoculer 4 cobayes à la fois, après broyage au mortier et traitement par l'acide sulfurique dilué au 1/10.

Les examens directs de frottis, les ensemencements sur divers milieux, n'ont donné que 2 fois sur 10 des colonies de bacilles de Koch.

Les liquides retirés par ponction sont plus favorables à l'ensemencement.

Pour obtenir le germe, il faut s'adresser en général aux ganglions prélevés sur le cobaye inoculé, et pour identifier le germe, il faut pratiquer l'inoculation au lapin par voie intra-veineuse, ou par voie intra-cérébrale, et l'inoculation au cobaye, par voie intra-péritonéale.

Robert CLÉMENT.

P. Lépine et Mlle **V. Sautter**. ***Essais expérimentaux sur la valeur pratique des vaccins antirabiques phéniqués*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. **59**, n° 1, Juillet 1937, p. 39-56). — La vaccination antirabique par la méthode pasteurienne classique touche à la perfection. Cependant l'emploi de vaccins phéniqués rendrait cette méthode plus pratique.

Des expériences, dans des conditions rigoureuses, ont été pratiquées sur des lapins qui ont reçu la dose uniforme de 30 cmc de vaccin en 15 jours et ont été éprouvés suivant des modes sévères.

Les lapins vaccinés par la méthode des moelles desséchées, avec le vaccin et suivant la progression utilisée à l'Institut Pasteur de Paris (où ce vaccin montre, depuis 12 ans, une efficacité de 100 pour 100 dans la protection de l'homme), ont été protégés dans la proportion de 35 pour 100 contre l'infection rabique.

Les lapins vaccinés avec des vaccins phéniqués (renfermant suivant les cas 2 à 4 fois plus de matières protéidiques) ont été protégés dans la proportion de 61,7 pour 100. Parmi les lapins vaccinés au moyen des vaccins phéniqués, ceux qui ont reçu un vaccin préparé au taux de 5 pour 100, de matière cérébrale phéniquée à 1 pour 100, atténuée à 20°, ont été protégés dans la proportion de 77 pour 100. Avec un pourcentage inférieur à 5 pour 100, la protection est moins constante, mais supérieure à celle des vaccins aux moelles desséchées.

Les vaccins phéniqués peuvent être conservés à la glacière pendant 2 mois sans diminution notable de leur efficacité.

Robert CLÉMENT.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

Mariano R. Castex et **S. Mazzeï** (Buenos-Aires). ***Formes douloureuses insolites du pneumothorax et de l'hémopneumothorax spontanés*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. **12**, n° 2, 1937, p. 111-121). — Le pneumothorax et l'hémopneumothorax spontanés peuvent débuter de manière atypique, simulant diverses affections d'autres organes ou appareils.

Le début du pneumothorax peut être marqué par des accidents nerveux, syncopaux ou convulsifs, analogues à ceux que l'on voit dans la pratique du pneumothorax artificiel.

Parfois la symptomatologie initiale reproduit le tableau de l'angine de poitrine, avec irradiation le long du bras gauche. Les douleurs brachiales peuvent être primitives et isolées et constituer de véritables formes brachialgiques du pneumothorax.

Lorsque à la douleur thoracique avec défaillance, pâleur et agitation, s'ajoutent de l'hyperesthésie cutanée ou des frottements dus à un pneumothorax localisé au 1/3 inférieur, le tableau clinique rappelle celui d'une péricardite.

Lorsque la douleur est localisée à l'épigastre ou à la fosse iliaque droite avec des irradiations ascendantes, la confusion est possible avec une perforation gastro-duodénale, une cholécystite et l'appendicite. Ces formes douloureuses abdominales ont donné lieu parfois à des diagnostics erronés.

Dans d'autres cas, la souffrance au niveau de l'abdomen est sourde et continue et ne revêt pas le caractère aigu des formes précédentes.

La pathogénie de ces formes douloureuses d'aspect atypique du pneumothorax ou de l'hémopneumothorax spontanés peut s'expliquer par l'existence de réflexes viscéraux sensitifs à point de départ pleural.

Robert CLÉMENT.

REVUE D'IMMUNOLOGIE (Paris)

G. Ramon, R. Richou et **A. Staub**. ***L'immunisation au moyen de microbes vivants — bacille diphtérique, staphylocoque, bactéridie charbonneuse — additionnés de substances adjuvantes*** (*Revue d'Immunologie*, t. **3**, n° 5, Septembre 1937, p. 389). — Les bacilles diphtériques, les staphylocoques ou encore le virus-vaccin charbonneux (premier vaccin pastorien), injectés vivants en suspension simple dans l'eau physiologique, ne provoquent qu'une immunité très faible, sinon nulle. Par contre, ces mêmes germes, mélangés à différentes substances telles que la lanoline, la gélose, l'alun, font apparaître dans les humeurs des animaux des quantités importantes d'antitoxines diphtérique et staphylococcique, s'accompagnant d'une immunité manifeste. Avec le virus-vaccin charbonneux on obtient une résistance solide contre une inoculation d'épreuve. Le rôle des substances adjuvantes paraît s'expliquer par les points suivants : la multiplication des germes est facilitée au lieu d'inoculation ; les poisons microbiens sont plus facilement atténués par l'organisme, sans toutefois perdre leur pouvoir immunisant. Enfin, la résorption et l'assimilation des produits microbiens est favorisée. Ces recherches ont déjà reçu une sanction pratique en faisant adopter la formule de l'injection unique de vaccin gélosé et aluné pour la vaccination courante des moutons contre le charbon.

J. BRETEY.

E. Sacquepée et **A. Jude**. ***Sur l'immunité conférée par le sérum antitétanique*** (*Revue d'Immunologie*, t. **3**, n° 5, Septembre 1937, p. 444). — L'immunité passive conférée par l'injection de sérum antitétanique à un organisme est de courte durée. Elle se caractérise par la présence dans les humeurs de l'antitoxine spécifique. Cette dernière a été recherchée dans le sang de sujets adultes ayant reçu à l'occasion d'une blessure une quantité de sérum correspondant à 3.000 U. I. Cette étude a montré que dans les cas les plus favorables l'antitoxine est encore décelable 47 jours après l'injection, mais qu'elle peut avoir complètement disparu dès le seizième jour. La durée de cette immunité passive est bien plus courte que celle conférée par l'anatoxine tétanique. L'élimination de l'antitoxine est accélérée chez un certain nombre de sujets sensibilisés antérieurement au sérum de cheval.

J. BRETEY.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (Strasbourg)

L. Ribadeau-Dumas, Max Lévy et **Suzanne Mignon**. ***Etudes sur les chlorémies plasmatique et globulaire du nourrisson*** (*Revue française de pédiatrie*, t. **13**, n° 1, 1937, p. 1-71). — Depuis plusieurs années R.-D., L. et M. se sont attachés par des examens de sang pratiqués en séries chez les mêmes sujets et au cours de syndromes cliniques des plus différents à étudier plus particulièrement les modifications du chlore plasmatique et des globules rouges, les poussées urémiques, les altérations de l'équilibre acide-base (pH plasmatique et R. A.) et à estimer dans quelle mesure ces phénomènes étaient liés les uns aux autres.

Le premier chapitre traite des techniques employées et rappelle les normales que l'on obtient.

Dans le deuxième chapitre, les auteurs rapportent tout d'abord les principaux types de modifications des chlorémies qu'il est possible d'observer au cours de divers états pathologiques, puis les modifications simultanées de l'équilibre A. B.

Dans le dernier chapitre, ils étudient les modifications des chlorémies dans leurs rapports avec l'insuffisance rénale fonctionnelle et la néphrite chronique azotémique.

Les faits exposés montrent l'importance et l'ampleur des modifications que la maladie peut apporter à l'équilibre chloré. Malgré la complexité des faits, des conclusions diagnostique et thérapeutique peuvent être formulées ; leur importance pratique est parfois considérable.

Il est certain que bien des troubles humoraux observés peuvent s'effacer spontanément à la guérison, mais il est toujours utile et parfois primor-

dia! d'aider l'organisme, ne serait-ce que par une thérapeutique symptomatique.

Les données numériques recueillies au cours de ce travail ont permis en particulier de démontrer que les variations du rapport ClGR/ClP sont extrêmement fréquentes chez le nourrisson déshydraté et qu'elles constituent une indication de thérapeutique symptomatique de premier plan.

Ces études ont permis de constater la grande fréquence de l'acidose chez le nourrisson infecté et déshydraté, acidose qui s'exprime par l'élévation du rapport ClGR/ClP. Le syndrome de déchloruration avec ou sans alcalose est infiniment plus rare. Ces troubles s'accompagnent souvent de poussées d'insuffisances fonctionnelles rénales dont les auteurs ont essayé de pénétrer le mécanisme.

Ils schématisent ainsi le traitement basé sur l'examen du sang :

1° Le rapport chloré est élevé : il faut injecter ou faire ingérer du sérum bicarbonaté. Cette élévation du rapport peut parfois aller de pair avec un taux de Cl plasmatique bas. Dans cette éventualité il est indiqué d'adjoindre au sérum bicarbonaté du sérum salé isotonique.

2° Le rapport chloré n'est pas modifié, mais suivant que les chlorures plasmatiques et globulaires seront élevés ou abaissés on injectera respectivement du sérum glucosé (avec ou sans insuline) ou du sérum salé.

3° Le rapport chloré est abaissé. Il faut injecter du sérum salé.

La thérapeutique sérothérapique faite suivant ces données et sous le contrôle du laboratoire donne de très bons résultats.

G. Schreiber.

REVUE DU RHUMATISME (Paris)

F. Françon. ***A propos des rhumatismes chroniques par carence. Le rhumatisme ankylosant par l'avitaminose C partielle*** (*Revue du rhumatisme*, t. 4, n° 6, Juin 1937, p. 585-591). — On a rapporté quelques faits cliniques rares de douleurs osseuses et musculaires chez les ovariotomisées.

A la base des manifestations ostéo-articulaires de la maladie de Kaschin-Beck, affection qui frappe les habitants et les animaux domestiques de la Transbaïcalie, on a incriminé une insuffisance de facteur A et une carence minérale. On a invoqué une avitaminose B comme cause de quelques cas de rhumatisme chronique coexistant avec des troubles gastro-intestinaux.

G. Mouriquand et ses collaborateurs, en réalisant un scorbut expérimental chronique à évolution prolongée, constataient, à partir du centième jour d'expérience, à côté des grosses tuméfactions ostéo-hémorragiques, une ankylose progressive des genoux et des hanches.

Les cobayes sont soumis à un régime scorbutigène et on leur administre par jour 0,5 à 1 milligr. d'acide ascorbique. Ils présentent le développement d'un scorbut typique avec grosses manifestations ostéo-hémorragiques mais état général florissant ou touché très tardivement. A partir du centième jour d'expérience, l'animal n'avance plus qu'à l'aide de ses pattes de devant et traîne passivement derrière lui son train postérieur. Les articulations des genoux et des hanches sont ankylosées ou fortement enraidies. Sur les radiographies, les diaphyses ont un aspect soufflé avec tassement de l'os et épaississement périostique, évoquant un peu l'image de l'ostéite engainante. Il y a, en outre, une décalcification plus ou moins diffuse des fémurs et des tibias et un état flou des articulations coxo-fémorales et des genoux. Si on ajoute au régime de carence partielle de fortes doses d'acide ascorbique, on fait disparaître les lésions ostéo-hémorragiques, mais on ne modifie pas ou peu les lésions ankylosantes. Les animaux témoins, ayant reçu dès le début de l'expérience de larges doses d'acide ascorbique, n'ont pas fait de syndrome rhumatismal ankylosant.

Ces faits cliniques et ces notions expérimentales posent la question de l'existence du rhumatisme chronique par carence ou par avitaminose.

Robert Clément.

REVUE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE (Paris)

B. Le Bourdellès. ***La culture du virus jennérien et ses applications vaccinales*** (*Revue du Service de Santé militaire*, t. 106, n° 6, Juin 1937, p. 811-822). — Les progrès faits dans les cultures de tissus ont permis de réaliser la culture pure du virus vaccinal en milieu de tissus.

Il ne s'agit pas de simple conservation du virus au contact de cellules vivantes. Le virus se multiplie abondamment comme le montre l'élévation du taux de l'activité vaccinale du premier au troisième jour après l'ensemencement et la multiplicité des passages réalisés sans réinoculation à l'animal.

La culture du virus vaccinal est obtenue à l'aide d'un milieu simple, mais comportant des cellules vivantes : broyats d'embryon de poulet et liquide de Tyrode. Le matériel nécessaire est restreint, les manipulations faciles et soumises seulement aux précautions spéciales aux cultures de tissus. Il suffit de quelques œufs pour produire une récolte vaccinale abondante.

La vaccine de culture confère l'immunité contre une réinoculation avec du vaccin de génisse pendant quelques mois. Les données définitives manquent encore sur la valeur protectrice de cette vaccination et sur sa durée.

L'inoculation intra-dermique du vaccin est plus précise que le procédé traditionnel, elle évite les souillures du vaccin par les vêtements ; elle est une garantie d'asepsie.

La vaccination antivariolique, avec la vaccine de culture, présente un grand intérêt. Si les infections graves dues à l'emploi d'un vaccin jennerien impur sont rares, les réactions inflammatoires gênantes ne sont pas exceptionnelles.

En raison des avantages que présente sa pureté, il est possible que l'emploi de la vaccine de culture se généralise, non seulement chez les jeunes enfants, mais en milieu scolaire et dans l'armée.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès et **J. Bideau.** ***Les leucémies benzoliques*** (*fin*) [*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 58, n° 25, 20 Juin 1937, p. 387-391]. — Expérimentalement, Lignac de Leyde a réussi à produire des états leucémiques par le benzol sur la souris blanche. L'injection de 0 cmc 001 de benzol non purifié du thiophène dans 1/10 de cmc d'huile d'olive, une fois par semaine, a provoqué la mort d'une partie des animaux. Les autres présentèrent une hypertrophie splénique, sans modifications du sang de nature leucémique. 8 souris succombèrent à des manifestations leucémiques (3 en état d'asphyxie occasionnée par une tumeur médiastinale, lymphoblastique pour l'une d'elles, lympho-sarcomateuse pour les deux autres). Deux autres souris succombèrent à une leucémie à prédominance de Mastzellen. Les trois dernières sont mortes d'une leucémie myéloïde.

P. Delore et Borgomano ont publié l'observation d'un homme de 41 ans qui, travaillant dans une atmosphère de benzine, présenta une stomatite ulcéreuse, avec anémie de moyenne intensité et leucémie myéloïde (myélocytes neutrophiles 8 pour 100, myélocytes éosinophiles 2 pour 100, myélocytes basophiles 1 pour 100, lymphoblastes 80 pour 100). Il succomba peu après avec une splénomégalie.

P. Emile-Weil a rapporté l'histoire d'une caoutchoutière de 62 ans, dont le sang contenait 25.000 globules blancs dont 60 pour 100 de poly neutrophiles et 40 pour 100 de myélocytes. A l'autopsie, la rate et la moelle osseuse présentaient des lésions de leucémie myélogène.

A l'occasion d'une leucémie lymphogène chez un homme de 58 ans, dont le travail consistait à faire des solutions de caoutchouc dans le benzol, Flacoler soulève aussi la question des rapports de l'intoxication chronique par le benzol et la leucémie.

Ces observations montrent le rôle toxique du benzol et les diverses modalités d'hémopathie que l'intoxication chronique par cette substance est capable de créer.

Robert Clément.

J. Sabrazès, R. de Grailly et **P. Dervillée.** ***Recherches expérimentales sur la teneur en glycogène des cellules hépatiques, après ingestion de substances insolites ou toxiques*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. 58, n° 29, 18 Juillet 1937, p. 451-542). — Chez des lapins, par l'ingestion de substances toxiques ou d'aliments inaccoutumés, on a essayé de réaliser des déviations transitoires, légères ou moyennes, du fonctionnement et de la morphologie des cellules hépatiques. Chez le lapin, l'ingestion quotidienne pendant 3 jours de 10 cmc de lait, additionné de XV gouttes d'alcool à 95° et de II gouttes de chloroforme, entraîne, 15 jours plus tard, une dislocation des travées, un aspect flou chromophobe du cytoplasme des cellules hépatiques et une grande raréfaction du glycogène.

L'administration, pendant 3 jours, d'une cuillerée à café par jour, de jus de viande crue de mouton, produit des troubles analogues.

L'ingestion d'une cuillerée à café de jaune d'œuf, un jour seulement, ne produit aucune altération apparente des cellules dont la charge en glycogène est normale. Une nouvelle biopsie au bout d'un mois de régime normal a montré le retour au taux physiologique de la teneur en glycogène. Ces intoxications légères et ces ingestions d'aliments insolites ne suscitent donc pas de lésions cellulaires irrémédiables dans un organe doué d'une capacité de régénération bien connue.

L'étude des granulations de glycogène dans la cellule hépatique, sur les coupes de biopsie, fournit des indications différentes de celles des autres altérations cellulaires.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Nicolas et **J. Rousset.** ***Une dermatose nouvelle due aux « soins de beauté » : la dactylite par refoulement des tissus péri-unguéaux*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. 18, n° 417, 20 Mai 1937, p. 283-287). — En refoulant le mince croissant épidermique qui prolonge, au-dessus de la matrice de l'ongle, le bourrelet sus-unguéal, on provoque parfois de minimes érosions qui permettent une infection staphylococcique du sillon sus-unguéal et parfois des sillons latéraux de l'ongle. On peut voir se développer ainsi une dactylite, sorte de panaris de la matrice unguéale, avec périonyxis, dont on peut distinguer 3 formes : une forme purement inflammatoire ; une forme suppurée ; une forme mixte.

L'ongle n'est généralement pas atteint, mais dans quelques cas, on observe des sillons transversaux déprimés, d'autres fois une solution de continuité à travers laquelle peuvent faire issue des bourgeons charnus.

Le diagnostic différentiel est généralement facile, si l'on pense à cette étiologie. Les dactylites inflammatoires et d'origine chimique, notamment par l'eau de Javel, les dactylites eczémateuses ou même syphilitiques doivent être éliminées.

Ces accidents sont provoqués par des instruments de manucure malpropres ou par l'infection des mains lorsque le décollement du repli épidermique a été fait trop brutalement.

ROBERT CLÉMENT.

M. Favre. ***Un syndrome cutané mal nommé : l'eczéma variqueux*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. **18**, n° 417, 20 Mai 1937, p. 289-291). — On fait un abus fâcheux du mot « eczéma » et on l'applique trop souvent, malgré l'évidence des faits, aux cas les plus disparates.

Les lésions cutanées très communes, que l'on observe aux membres inférieurs, au niveau du 1/3 inférieur des jambes, sont désignées improprement « eczéma variqueux ». Elles n'ont aucun des caractères cliniques ou histologiques de l'eczéma. Il ne s'agit pas d'une affection cutanée exsudative et la modification la plus commune que présente l'épiderme est un état squameux plus ou moins marqué. L'altération épidermique est une parakératose que tout sépare de l'eczéma. Les lésions épidermiques sont secondaires aux altérations dermiques primitives.

La pigmentation polychrome de la peau qui est caractéristique de ces accidents, qui va du jaune clair au noir bleuâtre, avec parfois des zones dépigmentées, est produite par des hémorragies épidermiques répétées et l'accumulation dans les mailles conjonctives du derme de pigments dérivés de l'hémoglobine. Ces altérations cutanées sont provoquées par un processus inflammatoire où l'élément vasculaire joue le premier rôle. La multiplication des vaisseaux, la fragilité de leur paroi, mal soutenue par un tissu conjonctif grêle, remanié par l'inflammation, les prédisposent aux ruptures et aux congestions hémorragiques.

Sur 70 cas, 2 fois seulement le diagnostic d'eczéma pouvait être soulevé : il s'agissait de dermites microbiennes consécutives à l'irritation prolongée de la peau par des ulcères infectés, qui se développent facilement à la faveur de l'angiodermite purpurique et pigmentée, lésions préparantes et terrain d'élection des ulcérations chroniques.

ROBERT CLÉMENT.

LYON MÉDICAL

L. Bouchut, R. Froment et Grasset. ***Etat du système vasculaire dans la cirrhose éthylique du foie*** (*Lyon Médical*, t. **160**, n° 27, 4 Juillet 1937, p. 3-15). — Pour savoir si l'alcoolisme peut être considéré comme responsable d'hypertrophie ou de défaillance cardiaque, on a étudié systématiquement 160 cas de cirrhose du foie comportant tous une vérification anatomique, représentant l'ensemble des cas anatomo-cliniques observés dans un service d'hôpital pendant une dizaine d'années.

En se basant sur le poids du cœur, on a rangé les faits en 4 groupes : cœurs petits, cœurs normaux, cœurs certainement hypertrophiés et cœurs dont l'hypertrophie est discrète et discutable.

Les 160 observations concernent 90 femmes et 70 hommes, l'âge moyen étant 53 ans.

88 sujets (55 pour 100 des cas) peuvent être considérés comme ayant un cœur parfaitement normal, n'ayant donné aucun trouble clinique et ayant à l'autopsie un poids allant de 250 à 350 grammes. Parmi ces malades, 25, dont 20 femmes (15 pour 100 des cas), avec la même absence de troubles cardiaques cliniques, avaient un cœur anatomiquement petit, pesant moins de 250 grammes. La tension artérielle, normale dans la majorité des cas (65 cas), offre pour les autres un nombre sensiblement égal de tension faible et de tension forte.

16 cœurs (10 pour 100) ont présenté à l'autopsie une hypertrophie discutable ou tout au moins très légère. Ils n'avaient pas présenté de signes de dysfonctionnement cardiaque. Il s'agissait de 12 hommes et de 4 femmes.

Dans 31 cas (20 pour 100) le cœur était indiscutablement hypertrophié pesant plus de 400 grammes. Ces sujets avaient présenté durant leur vie des troubles cardiaques ; c'étaient dans la majorité, des hommes. La tension était 14 fois supérieure à la normale. L'âge moyen de 58 ans est plus élevé que la moyenne globale.

Si l'on étudie plus attentivement les 31 observations d'hypertrophie cardiaque, on trouve que dans la moitié des cas (14), il existe, aux côtés de la cirrhose, une cause devant, ou pouvant, expliquer l'hypertrophie du cœur (syphilis évolutive 4 cas ; hypertension, 5 ; néphrite chronique, 2 ; goitre, 2 ; pneumopathie chronique, 1).

Chez 17 sujets, on ne trouve pas à l'hypertrophie cardiaque d'explication immédiate. Pour 7 d'entre eux, l'hypertrophie est purement anatomique. Elle n'a donné, durant la vie, lieu à aucun trouble fonctionnel. Chez 6 autres, les symptômes fonctionnels ou physiques signalés sont toujours discrets, parfois discutables. Dans 4 cas seulement, il existait d'incontestables signes de cardiopathie, sans qu'on trouve une autre cause évidente de perturbations myocardiques que l'alcoolisme.

Dans les cas où l'hypertrophie anatomique s'accompagne de décompensation cardiaque, il s'agit presque toujours de sujets âgés et l'intervention de troubles artériels paraît plus vraisemblable que l'action directe de l'intoxication alcoolique.

ROBERT CLÉMENT.

L. Bouchut, R. Froment et Grasset. ***Etat du système cardiovasculaire dans la cirrhose éthylique du foie*** (suite et fin) [*Lyon Médical*], t. **160**, n° 28, 11 Juillet 1937, p. 29-35]. — Expérimentalement, l'intoxication alcoolique, aiguë ou chronique, entraîne des perturbations cardio-vasculaires. L'intoxication aiguë réalise des conditions différentes de celles de l'alcoolisme humain. L'intoxication expérimentale chronique est en faveur de l'existence de l'athérome artériel d'origine alcoolique.

Il faut pourtant retenir la notion d'une fixation très importante de l'alcool sur le myocarde.

Cliniquement, dans l'alcoolisme chronique, les faits de défaillance cardiaque semblent rares (2,5 pour 100) et ceux de légère hypertrophie anatomique du cœur ne sont encore pas très nombreux (10 pour 100 des cas). Il est difficile de préciser la fréquence des antécédents alcooliques chez les sujets présentant de l'insuffisance cardiaque, car on ne sait où commence l'alcoolisme pathologique.

Si donc, il est possible que l'alcoolisme joue un rôle dans l'aggravation des lésions cardiaques d'autre nature, en altérant l'état de la fibre myocardique ; s'il est possible également que l'intoxication éthylique, facteur de lésions artérielles, puisse par ce mécanisme retenir à la longue sur le myocarde, tout ceci attend encore une démonstration véritable.

« Quant au rôle de l'éthylisme dans la genèse directe d'hypertrophies ou d'insuffisances cardiaques, en l'absence de toute autre cause associée, il ne pourrait être considéré comme établi actuellement. La conception d'une « myocardie alcoolique », pour intéressante qu'elle soit, ne doit être considérée que comme une hypothèse. »

ROBERT CLÉMENT.

J. Barbier. ***Les troubles sensitifs des mains. Syndromes neuro-anémiques à minima*** (*Lyon Médical*, t. **160**, n° 36, 5 Septembre 1937, p. 233-238). — Chez 3 malades, atteints d'anémie grave, B. a observé des troubles sensitifs subjectifs, au niveau des mains. Il s'agit de fourmillements dans les doigts avec maladresse des mains, impression de doigts morts, impression de palper les objets à travers des gants épais, crampes. Chez 2 d'entre eux il n'y avait aucun trouble objectif de la sensibilité et l'examen neurologique était négatif. Chez le troisième, il y avait des troubles notables de la sensibilité tactile : élargissement des cercles de Weber, astéréognosie, pas de troubles de la sensibilité thermique, pas de méconnaissance de la position des doigts les uns par rapport aux autres, pas de diminution de la force musculaire. Ces troubles nerveux doivent être rattachés à l'état anémique, on a signalé des sensations subjectives analogues dans les grands syndromes neuro-anémiques.

La symétrie des troubles sensitifs rappelle la topographie des troubles polynévritiques, ainsi que leur localisation aux extrémités.

A l'inverse d'autres syndromes neuro-anémiques, ces malaises semblent résister à l'hépatothérapie.

ROBERT CLÉMENT.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'INDOCHINE (Hanoï)

P. Huard. ***Les localisations chirurgicales extra-intestinales, lointaines de l'amibiase (foie excepté)*** [*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, t. **15**, n° 4, Avril 1937, p. 327-355]. — L'amibe dysentérique peut développer à distance des métastases viscérales diverses : ce ne sont pas le témoignage d'une infection amibienne généralisée, mais plutôt le fait de migration passive.

A côté de la bronchite amibienne pure et de l'amibiase pulmonaire non suppurée, on a publié des observations d'abcès amibiens du poumon et de lésions pulmonaires banales améliorées par l'émétine. L'abcès pulmonaire est dû souvent à la migration d'un abcès hépatique à travers le poumon. Les pleurésies amibiennes purulentes primitives sont exceptionnelles, les pleurésies secondaires aux abcès du foie sont très fréquentes.

On a publié une quarantaine de cas d'abcès amibiens du cerveau. Il est très rare qu'un diagnostic correct ait été fait à temps ; tous les malades sont morts. Les abcès amibiens de la rate doivent être distingués des abcès extrinsèques, par propagation d'une lésion amibienne voisine.

La cholécystite amibienne est très discutée : l'absence de documents anatomiques et la fréquence des hépatites amibiennes à symptomatologie vésiculaire doit faire regarder comme très rare l'existence d'une cholécystite amibienne pure sans lésion du foie.

L'amibiase urinaire se manifeste le plus souvent par une cystite, mais on a décrit des abcès du rein et des abcès périnéphrétiques.

On a trouvé des amibes au niveau des ganglions mésentériques en association microbienne et l'on a cité l'amélioration d'adénopathies iliaques chez les dysentériques par l'émétine.

Il existe quelques observations où l'on a retrouvé des amibes dans l'épididyme et quelques cas d'orchi-épididymite et d'abcès de la prostate attribués à l'amibiase. On a signalé la salpingite amibienne, la métrite amibienne et un cancer du col avec lésions amibiennes surajoutées.

Après la fistulisation d'un abcès hépatique, on peut voir se développer une amibiase cutanée phagédénique. D'autres cas d'amibiase cutanée sans relation avec une lésion viscérale ont été rapportés.

Les preuves de l'existence d'une amibiase ostéo-articulaire ne sont pas très convaincantes.

On a encore signalé une observation de mastite, des amygdalites et des myosites dues à l'amibe dysentérique.

ROBERT CLÉMENT.

BRUNS' BEITRAEGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE

Klimbo (Budapest). ***Un cas de sarcome primitif de l'estomac*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **164**, n° 4, Décembre 1936, p. 557-562). — Le sarcome primitif de l'estomac est une affection extrêmement rare. Lubarsch, sur 2.738 cancers de l'estomac, ne note que 9 sarcomes; à la clinique Mayo on en a rencontré 8 cas dans ces 5 dernières années sur 27.250 laparotomies. En 12 ans K. en a observé 5 cas parmi lesquels il retient à cause de son intérêt le cas suivant : Il s'agit d'une femme de 64 ans présentant depuis 4 mois des douleurs gastriques et ayant elle-même perçu depuis 2 mois l'existence d'une tumeur abdominale. L'examen du sang note une leucocytose à 10.000, le nombre des globules rouges est de 3.140.000. Le palper abdominal montre l'existence d'une tumeur énorme débordant les fausses côtes en haut, descendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. L'examen radiographique permet de conclure à une tumeur extragastrique, adhérente à la paroi antérieure de l'estomac. La laparotomie devait, en effet, montrer que cette tumeur était implantée sur la paroi stomacale antérieure par un pédicule ayant sensiblement les dimensions d'un pouce et on en fit facilement l'exérèse en se contentant d'enlever la base d'implantation du pédicule avec la muqueuse. L'examen anatomo-pathologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome gastrique. K. en discute ensuite le diagnostic et les indications opératoires, l'exérèse limitée paraissant justifiée dans un cas comme le sien, alors que dans le cas de tumeur sessile ou plus avancée il est indiqué de pratiquer une gastrectomie.

J. Sénèque.

Hellner. *La valeur diagnostique des signes médiats des tumeurs cérébrales sur l'image radiographique habituelle. Les signes immédiats des tumeurs cérébrales sur la radiographie habituelle du crâne* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **164**, n° 4, Décembre 1936, p. 573-612). — Cet article est essentiellement constitué par de très belles et très nombreuses radiographies de tumeurs cérébrales à propos desquelles H. insiste sur les modifications de l'architecture des os du crâne en rapport avec la tumeur sous-jacente. La dilatation des veines du diploé, des sinus et des artères méningées se traduit sur l'image radiographique par un élargissement très notable des sillons osseux.

I. *Pénétration intra-osseuse.* — Les hyperostoses en rapport avec un méningiome sous-jacent s'observent dans environ un quart des cas, tandis que la pénétration de la tumeur dans l'os est au contraire rare. H. rapporte 12 cas de méningiome bilatéral opéré par Cœnen et dans lequel la tumeur pénétrait de chaque côté dans l'os qui fut enlevé avec la tumeur.

II. *Hyperostoses.* — H. rapporte plusieurs observations dont un psammome avec hyperostose du pariétal, un méningiome du pariétal avec hyperostose de cet os, un cervilipome de l'hémisphère cérébelleux gauche, un méningiome de la petite aile du sphénoïde, un méningiome de l'angle ponto-cérébelleux avec hyperostose de la pyramide, un astrocytome du lobe pariétal avec hyperostose au devant de la tumeur.

III. *Usures et atrophies osseuses circonscrites.* — La tumeur cérébrale peut dans d'autres cas détruire progressivement l'os et provoquer des pertes de substance circonscrites et H. en rapporte plusieurs observations : à la suite d'un médulloblastome cérébelleux, d'une métastase d'un cancer gastrique, d'un gliome de la région temporale.

IV. *Calcification de la tumeur cérébrale.* — Enfin la tumeur cérébrale elle-même peut être le siège de calcifications qui se verront sur le cliché radiographique et plusieurs cas sont rapportés par H. avec de très bonnes radiographies.

En conclusion, cet intéressant article est d'une analyse difficile car ce sont en réalité beaucoup plus les radiographies que le texte qu'il faudrait reproduire.

J. Sénèque.

Œlehlecker (Hambourg). ***Diverticule de l'œsophage d'une forme et d'une situation rares*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **165**, n° 1, Janvier 1937, p. 1-13). — Il s'agit dans cette observation d'un homme de 70 ans se plaignant de troubles depuis 20 ans. L'examen radiographique permet de reconnaître l'existence d'un énorme diverticule de l'œsophage qui, partant de la région cervicale basse, occupe la région thoracique supérieure et se développe dans le médiastin postérieur. Les dimensions de ce diverticule sont considérables puisqu'il s'étend sur une hauteur de six côtes. Le malade étant très amaigri et ne pesant que 46 kilogr., on commence par pratiquer une gastrostomie type Witzel qui permet au malade de reprendre 15 kilogr. Dans un 2ᵉ temps on intervient directement sur le diverticule et on se contente de le libérer de son point de départ œsophagien en fistulisant à la peau l'orifice supérieur du diverticule. Dans un 3ᵉ temps enfin, on peut procéder à l'ablation du diverticule exclu de l'œsophage en réséquant en arrière et à droite les côtes, depuis la 4ᵉ jusqu'à la 7ᵉ côte. On put ainsi extraire le diverticule du médiastin postérieur, on mit dans la cavité un tampon de gaze iodoformée, mais le malade mourut dans les jours suivants de broncho-pneumonie et exsudat pleural.

J. Sénèque.

Geisthövel. *Clinique et chirurgie du cancer de la papille de Vater* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **165**, n° 1, Janvier 1937, p. 134-150). — Sur les 11 observations que rapporte G., une seule mérite d'être retenue car il a pu mener à bien l'exérèse d'une toute petite lésion tout à fait au début. Dans les 10 autres cas il n'a pu pratiquer que des opérations palliatives: cholédoco-duodénostomies, cholécystojéjunostomies ou cholécystostomies. Ces cas sont sans intérêt et le résultat de ces opérations palliatives est lamentable car ces 10 malades sont morts soit après l'intervention, soit très rapidement dans les mois suivants.

La seule observation intéressante est la suivante: Homme de 54 ans qui se présente avec le tableau d'un ictère chronique par rétention et chez lequel on pose le diagnostic d'obstacle cholédocien. A l'intervention (sous anesthésie générale à l'éther) on découvre un cholédoque dilaté contenant 150 cmc de bile épaisse ; il n'existe aucun calcul. Lors d'une revision des voies biliaires on perçoit une induration dans la région de la papille et on pratique une duodénotomie ; on voit alors une petite tumeur papillomateuse à la terminaison du cholédoque tandis que le pancréas est induré. On place des clamps sur le duodénum en amont et en aval et avec le bistouri électrique on excise la petite tumeur avec la muqueuse. Le canal cholédoque est sectionné transversalement à 1 cm. en dessus de l'embouchure puis réuni avec le canal pancréatique et réimplanté dans le duodénum. On termine par une anastomose cholécysto-duodénale. Guérison. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un papillome adénomateux dans lequel G. veut voir une probabilité de cancer, sans en apporter toutefois la preuve.

Il rappelle les cas opérés par Körte (1905), Kelly (1921) et Tenani (1922) terminés par guérison.

J. Sénèque.

Menno Mennenga (Königsberg). ***Sur l'avenir des malades opérés de spina bifida*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **165**, n° 3, Avril 1937, p. 434-439). — Depuis 1928, 44 cas de spina bifida ont été observés à la clinique de Königsberg dont 20 malades de sexe masculin et 24 de sexe féminin. Dans 35 cas des malades ont été vus dans les quatre mois qui ont suivi la naissance ; 4 cas étaient aux environs de 1 an ; 5 cas au delà, la malade la plus âgée ayant 16 ans.

La malformation qui s'accompagnait parfois d'hydrocéphalie siégeait dans 32 cas dans la région lombo-sacrée, dans 7 cas dans la région dorsale, les autres cas dans la région cervicale. A ajouter 1 cas de méningocèle au voisinage de la grande fontanelle et un autre à la racine du nez.

Les troubles qui accompagnaient ces malformations étaient variables : 9 cas de paralysie spasmodique des membres inférieurs, 10 cas de paralysie flasque, 5 cas avec hydrocéphalie.

Dans tous les cas la malformation a été traitée chirurgicalement. Sous anesthésie légère à l'éther, libération du méningocèle en faisant très attention de ne pas léser le tissu et fibres nerveuses et, chaque fois que la chose a été possible, suture de la dure-mère, des muscles et du fascia, mais, à cause de la tension de la peau, on n'a obtenu, dans la moitié des cas, qu'une cicatrisation par seconde intention.

Sur 44 opérés, on note 20 morts post-opératoires dont 12 par méningite.

Sur les 24 malades guéris opératoirement, 15 seulement ont pu être retrouvés.

Sur ces 15 malades on ne note, à distance, que *deux* bons résultats, c'est-à-dire que ces enfants ne présentent plus aucun trouble et peuvent être élevés avec des enfants de leur âge.

Dans les 13 autres cas, les résultats sont plus ou moins mauvais et M. les divise en trois groupes:

1° 5 enfants morts dans l'année qui a suivi l'opération par suite de troubles paralytiques ou de méningocèle ;

2° 3 cas avec deux enfants encore vivants 1 an, 2 ans et demi après l'opération, mais ils sont hydrocéphales, tandis que le troisième est mort 6 ans après l'opération sans avoir présenté de troubles;

3° 5 cas: 2 garçons, 3 filles, âgés de 2 à 9 ans et qui présentent soit des troubles sphinctériens, soit des troubles moteurs.

En résumé, sur 44 cas opérés on n'a obtenu que deux résultats heureux.

J. Sénèque.

Bernhard. *Affections aiguës de pancréas après interventions anciennes sur les voies biliaires* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. **165**, n° 4, Juillet 1937, p. 513-524). — Que des nécroses aiguës du pancréas se manifestent immédiatement après des interventions ayant porté sur les voies biliaires, le fait est bien connu; par contre, l'apparition de ces mêmes complications survenant un certain temps après une cholécystectomie ou une cholédocotomie est moins classique.

Après 6.000 interventions ayant porté sur les voies biliaires entre 1895 et 1932, dont 5.000 cholécystectomies et 1.000 cholédocotomies, la nécrose aiguë du pancréas n'a été observée que 6 fois, soit 1 pour 1.000, mais on doit toujours se demander si les cas n'ont pas été plus fréquents, tous les malades ne mourant pas toujours à la même clinique où ils ont été opérés la première fois.

Cette question soulève divers points intéressants: la nécrose du pancréas est-elle plus rare du fait qu'une première intervention a été pratiquée sur les voies biliaires ? La première intervention diminue-t-elle le risque opératoire ? La présence de diastase dans l'urine chez les malades déjà opérés est un symptôme à retenir.

Les observations de B. sont les suivantes:

1° Femme de 29 ans, opérée en 1909 pour crise de coliques hépatiques. Calcul solitaire de la vésicule, cholécystectomie. L'examen anatomo-pathologique montre des lésions de cholécystite nécrosante. La malade est bien portante jusqu'en 1924, époque

où elle présente quelques crises comme auparavant. En 1931, nouvelle crise aiguë devant laquelle on pose le diagnostic de nécrose aiguë du pancréas. La recherche des diastases dans l'urine montre l'existence de 8.096, puis de 16.824 unités Wohlgemuth. A l'intervention, on découvre un cholédoque épaissi, une bile noire et flocons fibrineux, sans calculs. Foyer de ramollissement dans le pancréas que l'on draine. Guérison au bout de trois semaines; plus de douleurs depuis cette intervention.

2° Femme de 47 ans, opérée en 1917 pour crises typiques et coliques hépatiques: on pratique une cholécystectomie, mais il ne s'agit que de cholécystite catarrhale sans calculs. En 1929, puis en 1931, nouvelles crises. Augmentation de la diastase et de la lipase dans le sérum et dans l'urine. Soignée en 1934 pour une fracture du tibia elle présente, lors de son séjour, de nouveaux accès douloureux, puis meurt d'une complication pulmonaire. A l'autopsie: foyers de nécrose pancréatique, sans calculs dans les voies biliaires.

3° Femme de 45 ans ; cholécystectomie en 1932 pour cholécystite suppurée avec calculs vésiculaires. En 1925, crise de pancréatite aiguë: drainage du pancréas; mort. A l'autopsie: pas de calculs dans les voies biliaires.

4° Homme de 44 ans; cholécystectomie pour cholécystite calculeuse. Lors de l'intervention on a pu constater l'existence de plusieurs foyers de nécrose graisseuse. Dans les suites opératoires: kyste du pancréas que l'on ouvre. En 1930, crise brusque de pancréatite aiguë. Tamponnement et drainage du pancréas; guéri depuis.

5° Femme de 58 ans; cholédocotomie pour lithiase du cholédoque en 1913. Nouvelles douleurs 6 mois après, suivies de mort. Pas d'autopsie. B. pense qu'il s'est agi d'une pancréatite aiguë.

6° Femme de 61 ans; ablation de calculs du cholédoque et cholécystectomie pour lithiase vésiculaire en 1925. Nouvelles douleurs violentes en 1925 et mort. Comme dans le cas précédent, B. pense qu'il s'est agi d'une pancréatite aiguë.

Toutes ces observations n'ont pas la même valeur, car, en l'absence d'autopsie, le diagnostic reste incertain dans les deux derniers cas. B. insiste sur ces troubles douloureux survenant après les interventions sur les voies biliaires. On a souvent l'habitude de les rattacher à de nouvelles crises de lithiase alors qu'il faut toujours songer à l'atteinte du pancréas.

Dans un tableau, B. publie 17 cas semblables aux siens qu'il a pu relever dans la littérature.

J. Sénèque.

ARCHIV FUR GYNAEKOLOGIE
(Berlin)

Erich Engelhart et **Herbert Hausler.** ***Le comportement de l'hypophyse au début de la ménopause*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **163**, n° 3, 15 Avril 1937, p. 643). — Les modifications observées dans l'organisme à l'occasion de la ménopause s'accommodent, sans difficulté, avec l'hypothèse que la cause primaire de la ménopause et de la sénilité relève du lobe antérieur de l'hypophyse. E. et H. se fondent sur l'action exercée chez l'animal âgé par des greffes de préhypophyse: ces effets sont extrêmement nets en ce qui concerne le fonctionnement ovarien et le métabolisme. Il est évident que de tels résultats, acquis au cours d'expérimentations sur l'animal, ne peuvent être reportés qu'avec une certaine réserve sur l'homme. Cependant un examen minutieux des travaux publiés au sujet des relations anatomiques et hormonales de l'hypophyse, de la glande thyroïde et de l'ovaire n'a pas montré de telles différences avec les résultats des expériences de E. et H. pour qu'une signification spéciale de l'hypophyse en ce qui concerne le commencement de la ménopause ne puisse se soutenir. Peut-être pourrait-on agir utilement chez la femme au début de la ménopause par l'emploi de produits hypophysaires et, tout spécialement, de l'hormone lutéinisante ou de l'hormone thyréotrope.

Henri Vignes.

E. Murray et **Steinkamm.** ***Action de l'administration prolongée d'hormone folliculaire sur la vessie des rats femelles castrés*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **164**, n° 1, 22 Juin 1937, p. 1-11). — M. et S. rappellent certaines recherches faites sur les modifications que présente le système uropyélique sous l'influence d'hormones folliculaires. Il s'agit d'une action spécifique de l'hormone folliculaire sur les tissus appartenant aux organes génitaux. Ces diverses recherches ont été faites sur des souris. M. et S. les ont reprises sur des rats femelles castrées normales et adultes, gravides ou non gravides, castrées et traitées ou non par l'huile de maïs pure et par des hormones ovariennes ou préhypophysaires. Chez ces animaux, on a trouvé dans la vessie, 62 fois sur 100, un parasite appartenant au groupe des flagellés (Trichosoma crassicauda, Trichosomoïdes crassicauda). Les œufs de ce parasite sont excrétés avec l'urine, puis passent dans le tube digestif d'un autre hôte d'où ils gagnent le sang et, enfin, les organes urinaires qui offrent des conditions favorables à leur développement. Ils déterminent des lésions de la vessie vraisemblablement par une sorte de digestion extra-intestinale. Il a pu être ainsi observé sous l'action de ces parasites l'apparition de certaines hyperplasies de la muqueuse. Sur 16 rats femelles normaux, ces parasites ont été observés 14 fois dont une avec des signes d'infiltration chronique. Chez 5 rates gravides, on en a trouvé 4 fois, dont 2 avec infiltration chronique, éosinophilie et hyperplasie de l'épithélium. Les rats castrés présentent une vessie nettement plus petite avec parois plus minces que les animaux normaux. Chez 25 rats traités par l'huile de maïs, il n'a été trouvé que deux fois des parasites. On a procédé 50 fois à l'examen histologique de la vessie chez des rats castrés et traités avec de l'hormone folliculaire (benzoate d'œstradiol, oestron) ou hypophysaire (progesteron). Dans 29 cas, il y avait des parasites et dans 17 cas des altérations inflammatoires accompagnées d'hyperplasie chez 5 animaux parasités. Au total, sur 185 rats ainsi traités, il a été constaté 5 fois une dilatation de la vessie qui, une fois, occupait la plus grande partie de l'abdomen. L'un de ces derniers animaux avait été traité pendant 358 jours avec 21.000 γ d'œstron; un autre avait été traité pendant 528 jours à raison de 1.000 unités internationales de benzoate d'œstradiol; un troisième avait été traité 108 jours avec au total 93.000 unités du même corps. Chez ce dernier animal, on a constaté une infiltration cellulaire de toute la paroi vésicale qui, à certains endroits, ressemblait à une membrane d'abcès.

La raison pour laquelle la dilatation observée se produit est impossible à expliquer. Il ne s'agit certainement pas de gêne mécanique. M. et S. pensent qu'une action indirecte due à d'autres glandes endocrines agit; en tout cas, à l'inverse de ce qui s'observe chez les jeunes souris, on ne constate pas, chez les rats, que l'hormone folliculaire exerce une action sur l'épithélium. Malgré la sommation d'irritants (parasites et hormones), il n'a été constaté aucune tendance à la néoformation maligne.

Henri Vignes.

G. Gaehtgens et **E. Werner.** ***Le déficit de la vitamine C pendant la lactation*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. **164**, n° 1, 22 Juin 1937, p. 51-59). — Au cours d'un travail précédent, G. et W. ont montré que, dans 65 pour 100 des cas, il y a, au cours de la deuxième moitié de la gestation, déficit de la vitamine C, incontestablement dû au développement intra-utérin du fœtus. Il restait à savoir ce qu'il en est, après la naissance de l'enfant, du fait de l'allaitement au sein. Effectivement divers auteurs ont constaté que le lait maternel contient de la vitamine C, de sorte que, pendant cette période également, les besoins d'acide ascorbique pourraient être élevés. La méthode a consisté à administrer de la vitamine C, non pas pendant un jour, ce qui ne suffit pas pour se rendre compte de l'importance des réserves, mais pendant plusieurs jours. On admet que, dans ces conditions, l'excrétion d'acide ascorbique doit, normalement, au bout de 3 ou 4 jours, atteindre la moitié de la dose quotidienne. Il a été, ainsi, administré 300 milligr. d'acide ascorbique (Redoxon) par jour à 33 accouchées aussitôt après que la production de lait avait commencé; dans 25 de ces cas (75,7 pour 100), il y avait déficit, car il a fallu 6 jours pour que l'excrétion d'acide ascorbique atteigne 150 milligr. par jour. Cette proportion n'est pas très sensiblement plus élevée que celle qui a été constatée au cours de la gestation et il y a lieu d'admettre que le déficit constaté pendant la lactation est survenu chez des femmes qui en présentaient, déjà, pendant la grossesse. Le temps nécessaire pour saturer l'organisme en vitamine C a été en moyenne de 5,8 jours pour les primipares et de 6,2 jours pour les multipares. Là encore, les différences avec ce qui s'observe pendant la grossesse sont peu importantes. La lactation n'entraîne, donc, pas un appauvrissement de l'organisme en vitamine C.

D'après les recherches faites jusqu'ici, le lait de femme contiendrait 4 à 6 milligr. de vitamine C pour 100 gr. soit 20 ou 30 milligr. par jour pour une production quotidienne de 500 cmc. Etant donné que, normalement, l'excrétion quotidienne d'acide ascorbique est de 20 à 50 centigr., on doit admettre que la lactation n'augmente pas les besoins de l'organisme pour ce principe, dans des proportions très importantes.

En ajoutant la quantité d'acide ascorbique éliminé avec l'urine à celle qui se trouve dans le lait, G. et W. ont constaté que l'excrétion de la moitié de la dose administrée quotidiennement se produit à partir du 3° ou du 4° jour; on pourrait, donc, admettre que la proportion de cas dans lesquels il y a déficit se réduit en tenant compte, à la fois de l'urine et du lait, à 57 pour 100 au lieu de 75 pour 100 quand on tient compte exclusivement de l'urine. On doit conclure de là que l'organisme maternel n'abandonne de principes indispensables à l'existence que dans certaines limites. Aussi est-il nécessaire de permettre par des mesures appropriées, à la gestante, de constituer des réserves de vitamine C pour le fœtus.

Henri Vignes.

BRUXELLES MÉDICAL

Ch. Sillevaerts. ***Les essences antidétonantes à l'aviation militaire belge*** (*Bruxelles Médical*, t. **17**, n° 34, 20 Juin 1937, p. 1241-1251). — Dans les moteurs modernes extrêmement poussés, on est obligé d'utiliser des essences à nombre élevé d' « octanes », et pour éviter le « cognage » des moteurs, on y incorpore des substances anti-détonantes. Le produit le plus communément employé, en raison de son prix de revient et de son excellent rendement, est le tétraéthyle de plomb. Malheureusement cet antidétonnant donne un dépôt d'oxyde de carbone ; pour éviter cet inconvénient, on dissout le tétraéthyle de plomb dans un solvant chloré ou bromé. Si le plomb est éliminé sous forme de très fines pellicules métalliques, cela n'a pas grande importance, tandis que la formation de produits solubles constitue une source sérieuse d'intoxication.

Depuis que l'on utilise l'essence « 87 octanes tétraéthylée » dans l'aviation militaire belge, on a observé quelques intoxications.

Dans le service de manipulation des essences, le personnel présente, après deux heures de travail, de la tendance à la somnolence, qui se dissipe après une dizaine de minutes à l'air ; après six heu-

res de travail des douleurs gastriques et de l'inappétence, un sommeil lourd coupé de cauchemars. Chez 3 hommes, on a constaté un liséré gingival net et, chez un, un pourcentage relativement élevé de granulations basophiles ; chez aucun, il n'y a eu de modifications appréciables de la pression sanguine. Tous ont un teint blafard. Ces malaises doivent être attribués en partie au tétraéthyle de plomb, en partie à l'intoxication benzénique.

Le personnel navigant s'est plaint de l'odeur écœurante (8 cas), de nausées et de crampes épigastriques (6 cas), de céphalées (5 cas), de diarrhée (3 cas) et de pesanteur épigastrique (2 cas).

Ces malaises peuvent être attribués au refoulement, à l'intérieur de la carlingue, des vapeurs d'essence tétraéthylée non brûlée, provenant des fuites survenant à des canalisations insuffisamment étanches, ou du fonctionnement des trop-pleins. L'influence possible du mal de l'air a été écartée, les accidents ne se produisant pas avec un autre carburant.

Robert Clément.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

(Bruxelles)

P. Lambin (Louvain). ***Recherches hématologiques sur la leucémie aiguë*** (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, VI[e] série, t. 2, n° 4, 24 Avril 1937, p. 224-255). — L'étude hématologique de 59 cas de leucémie aiguë permet à L. quelques conclusions.

L'évolution de la leucémie aiguë, habituellement progressive, peut présenter des rémissions partielles, et mêmes totales temporaires.

Dans les cas accompagnés d'anémie grave, l'indice de coloration est souvent élevé et le nombre des réticulocytes a une certaine valeur pronostique.

Un tiers des cas de leucémie aiguë présentent un nombre de leucocytes égal ou inférieur à la normale; ces myéloses aleucémiques sont, par ailleurs, très semblables aux autres.

Les cellules répondant au type morphologique de l'hémocytoblaste de Ferrata doivent être séparées en 2 catégories : celles qui contiennent des ferments oxydants doivent être considérées comme des myéloblastes.

Dans 8 cas, on a observé un taux élevé de monocytes. Etant donné la présence concomitante de myéloblastes, il y a lieu de considérer ces leucémies « à monocytes » comme des réticulo-myéloses et non comme des réticulo-endothélioses leucémiques pures. La transformation de certaines leucémies à monocytes en myéloses aiguës plaide dans le même sens.

La biopsie de la moelle par ponction sternale est indispensable au diagnostic de certaines aleucémies totales.

Robert Clément.

JORNAL DE SYPHILIS E UROLOGIA

(Rio-de-Janeiro)

Americo Valerio. ***La diathermo-pyrexie dans les affections blennorragiques chroniques*** (*Jornal de Syphilis e Urologia*, an. 8, n° 91, Juillet 1937, p. 198-200). — La pyrétothérapie a, dans le traitement des affections gonococciques, des avantages incontestables. On a employé, pour élever la température du corps humain, divers moyens tant chimiques que physiques. A. V. nous soumet aujourd'hui le résultat de sa méthode.

V. emploie la diathermo-pyrexie, mais selon une technique différente de celle préconisée et employée par Desjardins, Stuhler et Popp, V. se sert d'un générateur d'ondes courtes et d'un lit de traitement, indépendants l'un de l'autre. A ce lit sont rattachées les électrodes. Le traitement consiste en huit à dix séances de 4 heures chacune au rythme de deux par semaine, pendant lesquelles le corps du malade atteint une température de 42°. Grâce aux ondes courtes, le corps humain atteint uniformément cette température. Ce traitement comporte de nombreuses contre-indications parmi lesquelles: l'hypotension chronique, les affections hépato-rénales, les cardiopathies, etc., etc. Cette méthode fut employée pour 119 malades: 82 hommes atteints de prostato-vésiculite chronique (54), de cystite chronique (22) et de rhumatisme chronique gonococcique (6) [sur ces 82 traitements, V. obtint chez ceux-ci 64 cas de guérison et 18 améliorations très sensibles]; 37 femmes atteintes de pelvi-péritonites chroniques de nature blennorragique (24), et de rhumatisme blennorragique rebelle (13); 28 furent définitivement guéries, 9 furent très améliorées. Il est bon de souligner que tous ces malades avaient essayé divers traitements, et toujours sans aucun succès ou changement.

Robert Coronel.

UNION MÉDICALE DE CANADA

(Montreal)

J. Alfred Mousseau. ***Le syndrome de la grande sténose pylorique d'origine ulcéreuse. Azotémie consécutive par manque de sel. Opération. Guérison*** (*Union médicale de Canada*, t. 66, n° 8, Août 1937, p. 834-840). — Chez un homme de 47 ans, une grande sténose pylorique, comme permet de l'affirmer la présence de liquide à jeun et l'examen radiologique de l'estomac, fut d'abord bien supportée pendant dix-huit mois, puis il y eut reprise des vomissements alimentaires, amaigrissement squelettique et état comateux. L'examen du sang montra une azotémie s'élevant à 4 gr. 65, avec hypochlorémie plasmatique et globulaire. Sous l'influence d'injections intra-veineuses de sérum salé hypertonique et sous-cutanées de sérum physiologique et glucosé, l'azotémie descendit à 0 gr. 63 et le chlore plasmatique et globulaire revint à la normale, tandis que le coma disparaissait. L'opération devenant possible, une gastro-entérostomie postérieure permit la guérison.

Le syndrome pylorique, affection d'abord purement digestive, devient une maladie générale par ses retentissements secondaires sur les diverses fonctions de l'organisme. Il ne faut pas attendre ce stade pour recourir à une intervention qui permet d'éviter ces redoutables accidents.

Robert Clément.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

C.-E. Van Rooyen. ***L'interprétation et la signification de l'épreuve de Gordon, dans le diagnostic de la maladie de Hodgkin. Etude de 100 cas*** (*Edinburgh medical Journal*, série VI, t. 44, n° 7, Juillet 1937, p. 455-464). — Gordon a montré que l'inoculation intra-cérébrale à un lapin, d'une émulsion de tissu lymphatique lymphadénomateux, était suivie de paralysie, ataxie et, quelquefois, de mort de l'animal. Les leucocytes normaux, la moelle osseuse et le tissu splénique peuvent aussi montrer un pouvoir encéphalitogène vis-à-vis du lapin.

Le pourcentage de positivité de l'épreuve de Gordon dans les lymphadénomes varie de 69 à 85 pour 100 des cas. La réaction a été trouvée négative dans un certain nombre de cas de maladie de Hodgkin, cliniquement et histologiquement typiques. L'intensité de l'action encéphalitogène varie d'ailleurs suivant les cas.

De la comparaison des résultats de ces inoculations avec l'examen biopsique, il résulte que les ganglions qui donnent une réaction faible ou nulle ont une réaction fibreuse considérable, tandis que ceux dont l'inoculation provoque une encéphalite intense ont une structure en majeure partie cellulaire. Par exemple, dans 5 cas où les résultats ont été positifs, le tissu ganglionnaire était composé principalement de nombreuses et grandes cellules réticulo-endothéliales, avec seulement quelques leucocytes éosinophiles et polynucléaires mêlés à elles. On peut en conclure que l'agent encéphalitogène pour le lapin est contenu par les grandes cellules réticulo-endothéliales et que la présence de celles-ci dans les ganglions est nécessaire pour obtenir une épreuve positive.

Comme les polynucléaires normaux ont un pouvoir encéphalitogène pour le lapin analogue aux cellules réticulaires de la maladie de Hodgkin, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une réaction purement cellulaire.

R. pense qu'à l'heure actuelle l'hypothèse la plus probable est que la lymphogranulomatose maligne est essentiellement un processus néoplasique affectant le tissu lymphatique.

Robert Clément.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL

(Baltimore)

Fuller Albright, T. G. Drake et **H. W. Sulkowitch.** ***Ostéite fibro-kystique rénale*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. 60, n° 6, Juin 1937, p. 377-399). — Chez un homme de 45 ans, atteint depuis l'âge de 23 ans d'un mal de Bright, l'examen radiographique montra l'existence d'une ostéite fibreuse généralisée que confirma l'autopsie. A la grande décalcification du squelette qui, au niveau du crâne, semblait « rongé par les mites », s'opposait la sclérose et la densification de toutes les artères. La calcémie était basse (82 milligr.), la phosphatémie élevée (98 milligr.), le taux des phosphatases dans le sérum était augmenté (9,4 unités Bodansky).

Le bilan phosphaté et calcique avec un régime contenant peu de calcium montra une excrétion du calcium et du phosphore augmentée dans les fèces et diminuée dans les urines; l'excrétion pour les deux corps est légèrement augmentée par rapport aux individus normaux, mais beaucoup moins que dans l'hyperparathyroïdie primitive.

L'examen histologique des os est semblable à celui que l'on trouve dans l'hyperparathyroïdie primitive.

Les glandes parathyroïdes étaient très augmentées de volume et hyperplasiées.

On peut rapprocher cette observation des cas de rachitisme rénal observés chez les enfants, bien qu'il ne s'agisse pas de rachitisme, mais d'ostéite fibreuse. L'hyperplasie parathyroïdienne serait une réaction compensatrice due à la rétention phosphatée. Il ne faut pas accepter sans discussion cette maladie des os comme due à un excès de l'hormone parathyroïdienne. Il est possible que le facteur causal soit une acidose notable ou le manque d'absorption du calcium.

Il faut distinguer 3 processus : 1° une hyperparathyroïdie primitive due à un adénome parathyroïdien et prédisposant le malade à une affection rénale ; 2° une hyperparathyroïdie primitive due à une hyperplasie idiopathique de la parathyroïde prédisposant également à l'affection rénale ; 3° une maladie des reins entraînant une hyperplasie compensatrice de la parathyroïde et une ostéite fibreuse généralisée.

Dans le diagnostic différentiel entre ces trois états, il faut tenir compte que l'existence d'une tumeur, même dans une seule parathyroïde, suffit à montrer que là est bien le point de départ. Le fait que les premiers symptômes sont rénaux plutôt que squelettiques ne prouve pas que la maladie a son ori-

INSTRUMENTS DE PRÉCISION POUR LA MÉDECINE ET LA PHYSIOLOGIE

PARIS
15 à 21, rue Bobillot

Éts G. BOULITTE

NEW YORK
450, 7th Avenue

FABRIQUE LA PLUS IMPORTANTE DU MONDE (ATELIERS DE PARIS : 3.000 MÈTRES CARRÉS)
CONSTRUISANT LES **MEILLEURS INSTRUMENTS** AUX **PRIX LES PLUS RÉDUITS**

Tous Modèles d'Instruments pour la **Mesure de la Pression Artérielle**

ÉLECTROCARDIOGRAPHIE

MÉTABOLISME BASAL - DIATHERMIE

LE TENSIOGRAPHE

DE G. BOULITTE

(BREVETÉ S. G. D. G.)

Notice sur demande

= PORTATIF =
= PRATIQUE =
= ROBUSTE =
PEU COUTEUX

Notice sur demande

Donne aux Médecins "UN DOCUMENT" toujours UTILE, souvent INDISPENSABLE

La
Diurétine-Jodo-Calcique



association d'iodure de potassium et de salicylate de théobromine et de calcium, constitue la thérapeutique iodée sous sa forme la plus active et la mieux tolérée de l'hypertension, de l'asthme cardiaque, de l'asthme bronchique, des aortites.

(se vend en tubes de 20 comprimés)

LABORATOIRES CRUET — PARIS-XVe

DIGILANIDE

Totum digitalique cristallisé du Digitalis lanata

Indications : TOUTES LES INSUFFISANCES CARDIAQUES

SOLUTION (voie gastrique) : Doses fortes, doses moyennes, doses faibles et prolongées (voir prospectus).
Doses moyennes : 1/2 c. c. ou XX gouttes 3 fois par jour, pendant 8 à 10 jours consécutifs.
SUPPOSITOIRES : 1 à 2 par jour.
AMPOULES : Voie veineuse : Une injection de 4 c. c. par jour pendant 2 à 3 jours. Voie intramusculaire : 1 ampoule de 2 c. c. une à deux fois par jour.
DRAGÉES : 1, trois fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, Rue Vernier, PARIS (XVIIe) — **B. JOYEUX,** Docteur en Pharmacie.

gine dans les reins, car l'hyperparathyroïdie peut provoquer simplement des symptômes rénaux.

La calcémie est élevée dans l'hyperparathyroïdie primitive, normale ou basse lorsque la maladie a son origine dans les reins.

ROBERT CLÉMENT.

NEW-YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE

L. Friedman et **A. A. Eisenberg.** ***Surrénalectomie partielle bilatérale pour hypertension maligne*** (*New York State Journal of Medicine*, t. **37**, nº 12, 15 Juin 1937, p. 1131-1138). — Sept cas ont été étudiés et opérés dans le but d'apprécier la valeur de la surrénalectomie partielle dans l'hypertension maligne essentielle. On fit 5 opérations bilatérales et 2 unilatérales.

Il y eut 2 morts immédiates concernant 2 cas d'hypertension essentielle idéale qu'il aurait été justement intéressant d'étudier.

Il s'agissait de sujets entre 20 et 43 ans, ayant une hypertension marquée (25-15 en moyenne) et des troubles rétiniens. La maladie datait de 3 à 8 ans et, dans tous les cas, on n'avait pu obtenir d'amélioration par traitement médical. A part les 2 cas d'hypertension essentielle précoce déjà cités, les autres présentaient des troubles cardio-rénaux secondaires.

Les résultats durables ne sont pas aussi satisfaisants que les résultats immédiats. Tandis que tous ceux qui survécurent à l'opération eurent une chute considérable de tension, chez 2 seulement la pression resta beaucoup plus basse plus de 2 ans. Tous n'ont eu une amélioration symptomatique que pour une courte période.

Deux sujets moururent d'insuffisance surrénale, un d'une façon aiguë, l'autre plusieurs mois après l'opération. Un succomba à une hémorragie cérébrale, après l'intervention sur un seul côté avec seulement une chute momentanée de la pression et une amélioration modérée. Un autre mourut d'hémorragie cérébrale 24 heures après la surrénalectomie partielle unilatérale. Des 7 opérés, un seul est encore vivant et en bonne santé si on compare son état antérieur, sa pression restant plus basse qu'auparavant.

La quantité de glande extirpée de chaque côté fut, dans 5 cas, de plus de la moitié. Cette proportion semble être la meilleure thérapeutiquement et fonctionnellement. Une intervention plus large entraîne l'insuffisance surrénale aiguë qui se manifeste 5 à 6 heures après l'opération, le pouls est rapidement faible, il y a une chute importante de la pression, les pupilles sont dilatées, la fièvre est élevée, avec cyanose, apathie psychique et physique, puis coma et iléus paralytique.

Les lésions constatées sur les surrénales consistent en épaississement de la capsule et des trabécules, quelquefois très prononcé ; les vaisseaux ne montrent pas de lésions artério-scléreuses et simplement un épaississement de la couche moyenne, qui semble dû à l'hypertrophie musculaire. Pas d'artériolite nécrosante.

ROBERT CLÉMENT.

RADIOLOGY
(Syracuse)

H. S. Callen. ***Maladie de Pellegrini-Stieda; localisation au niveau du genou de manifestations post-traumatiques habituelles au niveau d'autres articulations*** (*Radiology*, t. **29**, nº 2, Août 1937, p. 158-165). — Une certaine confusion persiste entre les termes de calcification et d'ossification en ce qui concerne les manifestations de la maladie de Pellegrini-Stieda, et il a été signalé qu'aussi bien des processus de calcification que d'ossification peuvent survenir au niveau des articulations après un traumatisme.

Il convient de noter qu'en l'absence d'une trabéculation évidente il est impossible de différencier radiologiquement une calcification d'une ossification, justifiant ainsi l'emploi de l'un ou l'autre de ces termes pour définir l'existence de ces opacifications.

C. émet l'hypothèse que la dégénérescence graisseuse, que certains auteurs pensent devoir précéder la calcification, peut expliquer le retard avec lequel apparaissent les dépôts calcaires après le traumatisme. Il résume rapidement les conditions de formation des éléments endo-chondraux, extra-squelettiques, et des os intra-membraneux, et propose une hypothèse en vue d'expliquer pourquoi certains ligaments ou tendons de certaines articulations paraissent plus aptes à être le siège d'ossifications ou de calcifications.

C. rappelle enfin les analogies qui existent entre la maladie de Pellegrini-Stieda et certaines autres manifestations post-traumatiques au niveau d'autres articulations; il semble donc bien que cette maladie ne constitue pas une entité définie, mais qu'elle n'est que la manifestation, au niveau du genou, des modifications post-traumatiques qui peuvent exister au niveau d'autres régions articulaires.

MOREL KAHN.

LA PEDIATRIA
(Naples)

G. Fumi et **V. Serra** (Rome). ***Contribution à l'étude de l'énurésis infantile*** (*La Pediatria*, vol. **45**, nº 8, 1er Août 1937, p. 673-691). — F. et S. après avoir exposé les théories pathogéniques nouvelles de l'énurésis infantile, théories basées surtout sur les acquisitions les plus récentes de la physiologie concernant le mécanisme fonctionnel et l'innervation neuro-végétative de la vessie, rendent compte des résultats que leur a fournis l'examen objectif systématique et minutieux de 53 sujets. Cet examen a été complété par l'examen radiologique de la colonne vertébrale et dans certains cas par une pyélocystographie.

Il résulte de leur étude que l'énurésis infantile ne doit pas être considéré comme un symptôme isolé, mais plutôt comme une des multiples manifestations qui sont l'indice d'un état particulier d'infériorité constitutionnelle.

L'énurésis est l'expression d'une insuffisance ou d'une absence du contrôle réflexe cortical sur l'activité automatique de la vessie. La cause de cette dissociation neurologique prolongée ou permanente est à attribuer à la déficience de l'un des trois éléments qui constituent l'arc réflexe supérieur.

Cette moins-value fonctionnelle est liée avant tout à un état de débilité constitutionnelle qui est fréquemment d'origine héréditaire, mais elle est aggravée par le milieu et par l'éducation.

Les divers symptômes somatiques et psychiques qui accompagnent l'énurésis sont également attribuables au même terrain constitutionnel et, à part quelques cas exceptionnels bien précis, aucun de ces symptômes ne saurait être incriminé en lui-même pour expliquer l'apparition de l'énurésis.

G. SCHREIBER.

I. Marcialis et **E. Cannas** (Sassari). ***La méthode de Maurice Ascoli dans le traitement de la splénomégalie paludique de l'enfance*** (*La Pediatria*, vol. **45**, nº 8, 1er Août 1937, p. 697-705). — M. et C. ont employé la méthode de Maurice Ascoli pour traiter 15 enfants paludéens porteurs de rates volumineuses et les résultats satisfaisants qu'ils ont obtenus les incitent à faire connaître cette méthode.

M. et C. ont utilisé des injections intraveineuses d'une solution d'adrénaline à doses progressivement croissantes. Ces injections de 1/100 à 1/10 de milligrammes ont été bien tolérées par les enfants.

Au cours de ce traitement, la splénomégalie a diminué plus ou moins rapidement et dans certains cas la rate a récupéré des dimensions très voisines de la normale.

L'analyse du sang des sujets traités par cette méthode a confirmé les bons résultats cliniques. On a pu constater une amélioration notable en particulier au point de vue de l'érythrocytose et de l'indice hémoglobinique.

L'asthénie et la tristesse, si caractéristiques de la malaria chronique des enfants, diminuèrent nettement à la suite de cette cure. De plus, on put constater chez tous les enfants une augmentation de poids manifeste.

M. et C. signalent par ailleurs que ce traitement adrénalinique produit une réactivation du processus malarique et qu'il entraîne une réapparition des parasites dans le sang périphérique.

La méthode d'Ascoli leur paraît donc très recommandable. Toutefois ils n'ont pu apprécier les effets lointains de cette cure ni se faire une opinion sur son action au point de vue des récidives et des réinfections.

G. SCHREIBER.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY
(Tokio)

Hashimoto, Kinoshita et **Koyama.** ***Considérations statistiques sur le lymphogranulome inguinal*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. **41**, nº 5, Mai 1937, p. 165-169). — Le 1er cas japonais de maladie de Nicolas-Favre date de 1928 ; depuis 8 ans H., K. et K. en ont observé à la clinique de Niigata 185 cas (171 hommes et 9 femmes).

Au point de vue de l'*âge*, la plus grande fréquence est notée entre 20 et 30 ans ; à partir de cet âge, la régression commence. Comme *professions* on a observé des ouvriers d'usine, des marins, des paysans, des marchands ; on note une grande majorité de voyageurs infectés en d'autres lieux.

Le *mode d'infection* a été génital dans 163 cas; 19 cas nient tout rapport sexuel; dans 2 cas, il s'agissait d'une inoculation expérimentale ; 1 cas était extragénital.

Dans 57 cas (56,4 pour 100), la *lésion initiale* était une petite érosion miliaire sans infiltration, dans 4 cas une lésion de type herpétique et 40 fois une petite papule légèrement infiltrée, présentant une petite ulcération.

Cet accident primitif était *situé* le plus souvent sur le pénis : 49 fois au sillon, 19 fois au frein, 14 fois au prépuce, 12 fois à la face interne du prépuce, 14 fois au fourreau, 4 fois à l'orifice urétral et 3 fois au gland. Une fois seulement la lésion primitive siégeait sur le scrotum.

Chez la femme, l'érosion siège aux petites lèvres ou à l'entrée du vagin.

La *durée d'incubation* est d'environ une semaine dans 70 pour 100 des cas ; elle peut aller de 1 à 39 jours.

Le *bubon* est plus souvent unilatéral ; son siège était inguinal dans 63 cas ; 75 fois il fut inguino-iliaque, 26 fois inguino-iliaco-fémoral et 9 fois inguino-fémoral. L'incubation moyenne du bubon est de 10 à 19 jours, mais la durée peut varier de 4 à 100 jours et plus.

La *réaction de Frei* peut être considérée comme spécifique : 95,9 pour 100 de cas positifs chez l'homme et 100 pour 100 dans 10 cas d'esthiomène.

La réaction de Wassermann fut positive dans 14,6 pour 100 des cas, la réaction d'Ito dans 16 pour 100, la réaction de Pirquet dans 11 pour 100 et celle de Mantoux dans 3 pour 100 des cas.

R. BURNIER.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

Marcel Sendrail et **Jean Lasserre** (Toulouse). ***L'infantilisme splénique*** (*Archives de médecine des enfants*, t. 40, n° 8, Août 1937, p. 489-504). — S. et L. envisagent s'il convient d'isoler un type spécifique d'infantilisme splénique. Dans son ouvrage sur les infantilismes, Apert réservait déjà, en 1931, une place d'attente pour l' « infantilisme spléno-hépatique ». A propos des érythroblastoses, Lehndorff (Vienne) n'hésitait pas, en 1934, à employer l'expression « infantilisme hématique ».

L'enquête clinique à laquelle se sont livrés S. et L. leur a permis d'individualiser les types suivants : un infantilisme des cirrhoses splénomégaliques, un infantilisme de la maladie hémolytique, un infantilisme stillien, un infantilisme palustre, un infantilisme type Cooley.

Comme exemple de ce dernier type S. et L. publient l'observation d'une petite Andalouse chez laquelle s'est développé, à partir de la troisième année, un complexe clinique lentement progressif caractérisé par une importante splénomégalie, une hépatomégalie, une anémie avec hématies à noyau, une réduction staturale très notable, des lésions osseuses discrètes, un facies mongoloïde, un syndrome d'infantilisme.

Ce n'est que dans un nombre très limité de cas que se manifeste formellement une relation de dépendance entre l'atteinte splénique et le syndrome d'infantilisme.

S. et L. estiment néanmoins que les faits cliniques qu'ils ont groupés prennent une valeur particulière lorsqu'on les confronte avec les faits expérimentaux. Ils considèrent, en effet, que la rate doit être rangée, sinon parmi les glandes génératrices d'hormones, du moins parmi les organes qui régissent le métabolisme et l'équilibre physico-chimique du milieu intérieur. Les enquêtes des physiologistes notamment établissent le retentissement de la splénectomie sur le développement des jeunes sujets.

G. Schreiber.

G. Heuyer et Mlle **Fr. Lautmann**. ***Troubles du caractère et inadaptation sociale chez des enfants métis*** (*Archives de médecine des enfants*, t. 40, n° 9, Septembre 1937, p. 553). — H. et L. rapportent d'abord 10 observation d'enfants métis choisis au hasard parmi ceux de la consultation et du Patronage de l'enfance et de l'adolescence. Ces observations concernent 8 garçons et 2 filles.

La plus jeune a 5 ans 1/2. Six ont plus de 12 ans. Tous ont, sans exception, des troubles du caractère. En particulier les plus âgés ont des troubles graves avec réaction antifamiliale surtout, antiscolaire ou antisociale. Sauf pour deux d'entre eux, l'arriération intellectuelle n'est pas le fait dominant.

Cinq parmi les 6 aînés sont passés devant les tribunaux, dont 3 pour vol. Deux sont nés hors de France, aux colonies. Tous les autres, nés en France, y ont toujours vécu. On compte 7 métis de première ou deuxième génération par le père, 3 métis de première ou deuxième génération par la mère ou grand-mère, 2 métis par les deux ascendants, 7 ont un métissage simple, 3 ont un métissage complexe.

Parmi ces 10 sujets, il y a 3 hérédo-syphilis certaines, 2 probables. Le milieu familial laisse presque toujours à désirer : 5 sont des enfants naturels, 2 ont des mères de mœurs faciles. Dans 2 cas le père est un déséquilibré, dans 1 cas le père est alcoolique. Le milieu social est difficile à apprécier.

Dans ces 10 observations on note : métissage race jaune, 5 fois : métissage pur ; race nègre, 4 fois ; race arabe, 1 fois : métissage pur ; races mêlées, 3 fois : nègre et indien Madagascar.

On n'a pas de renseignements sur la religion et les pratiques religieuses des enfants observés.

Dans ces 10 observations de métis, le fait essentiel est la difficulté ou l'impossibilité de l'adaptation familiale ou sociale, par suite des troubles du caractère. H. et L. n'en concluent pas que le métissage donne, en toute circonstance, de mauvais résultats et que les métis sont incapables de s'adapter socialement. Une telle conclusion leur paraît excessive et susceptible d'être aisément contredite par des observations favorables. Ils cherchent surtout à ouvrir une discussion sur les avantages ou les inconvénients du métissage des races.

G. Schreiber.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

D. Michetti (Leysin). ***Considérations sur la section d'adhérences*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. 12, n° 2, 1937, p. 145-153). — Trois observations avec clichés radiologiques montrent que la pleuroscopie pratiquée à temps a permis, outre un collapsus très électif et rapide des lésions, le maintien de la fonction respiratoire des lobes sains.

La section d'adhérences doit être pratiquée, non seulement lorsque celles-ci entravent manifestement l'action du pneumothorax, mais toutes les fois qu'elles siègent en regard ou dans le voisinage des foyers tuberculeux, même si, apparemment, elles ne portent pas préjudice à l'efficacité du collapsus.

L'intervention doit être précoce. Il est inutile, il peut même être dangereux d'attendre de longs mois avant de pratiquer la section des adhérences. Pour fixer la date la plus propice à l'opération, il faut se baser sur l'observation clinique et les données radiologiques, mais aussi sur l'enseignement fourni par l'étude thoracoscopique des plèvres.

Robert Clément.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

F. Formigal Luzes. ***Traitement des cirrhoses hépatiques par la diathermie*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. 21, n° 7, Juillet 1937, p. 298-300). — Les applications des rayons ultraviolets dans le traitement des cirrhoses, préconisées par Fiessinger (en dehors des cas d'insuffisance hépatique très prononcée), ont été jusqu'à présent si limitées qu'il n'a pas paru possible à l'auteur d'en tirer des conclusions précises.

Il pense au contraire que la diathermie, et si possible les ondes courtes, dont les premières applications ne datent que de 1930, pourront être avantageusement utilisées, seules ou associées aux autres procédés classiques de traitement.

Utilisées aussi précocement que possible, si ces applications ne peuvent prétendre apporter une solution définitive au problème thérapeutique des cirrhoses, il semble cependant que leur action se manifeste d'une manière particulièrement remarquable dans les formes ascitogènes avec hypertrophie hépatique, ainsi qu'il résulte de nombreuses statistiques (Pagniez, Plichet, Louste et Marchand, Denier, Foubert, Lexa, Beau).

Technique. — 1° Diathermie : Larges électrodes sur la région hépatique et la région dorsale correspondante. Intensité variable en fonction de l'état général et de la constitution du malade (sans atteindre des intensités très élevées), séances quotidiennes de 20 à 30 minutes, par séries de 15 à 24, qu'il faudra souvent répéter après quelques semaines de repos. 2° Ondes courtes : L. préconise la technique d'Auclair, qui utilise deux électrodes, l'une sur la région hépatique, l'autre sur la région hypogastrique.

Morel Kahn.

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (Paris)

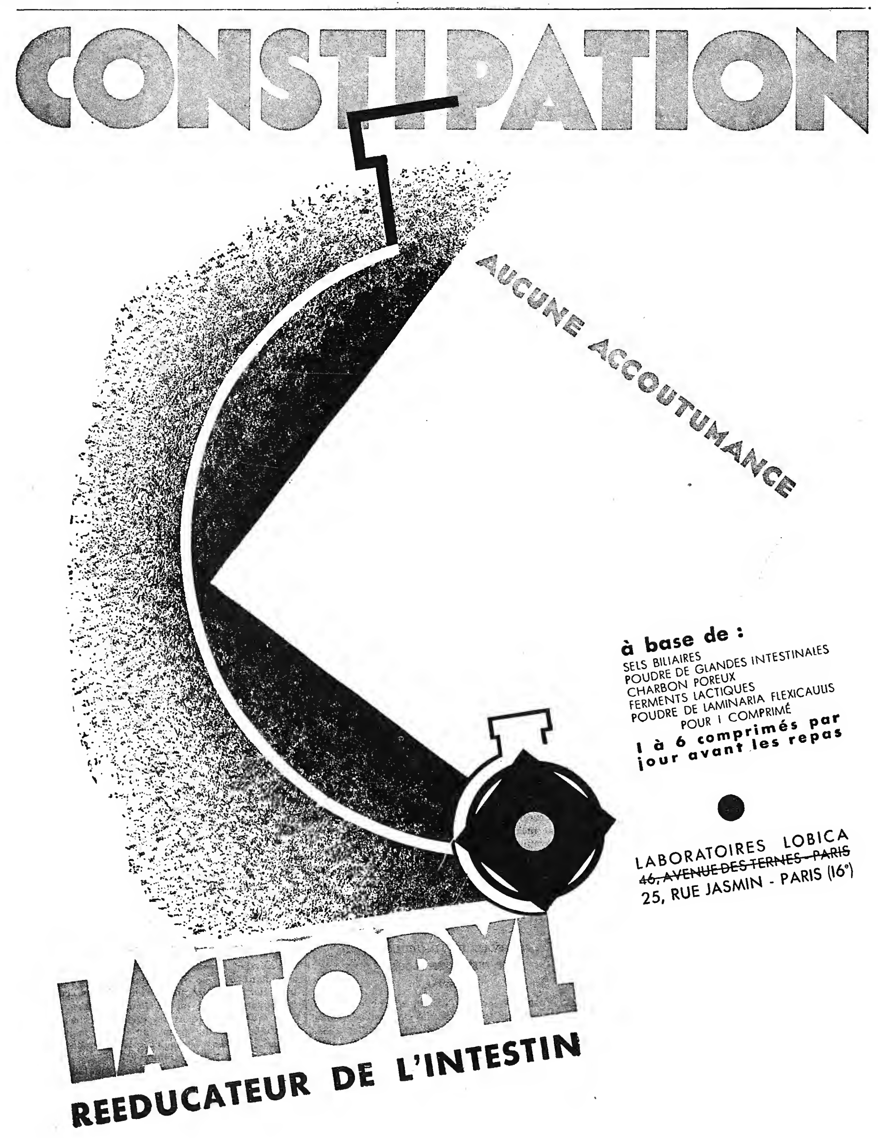
R. Keller et **J. Eugi**. ***Inversion utérine provoquée par l'expulsion d'un volumineux fibrome sous-muqueux ; réduction spontanée de l'inversion après ablation du fibrome*** (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. 32, n° 9, Septembre 1937, p. 634-638). — Si l'inversion utérine est rare, l'inversion utérine non puerpérale est beaucoup plus rare : sur 400 inversions colligée par Crosse, 350 étaient consécutives à l'accouchement.

Dans le cas de K. et E., l'inversion était consécutive à un énorme fibrome (15 cm. sur 20) et son évolution a présenté quelques curieuses particularités.

Une femme de quarante ans, ayant eu autrefois quatre grossesses, est amenée à 5 heures du matin dans le service de K. ayant eu une forte métrorragie, étant très shockée et présentant entre les cuisses une énorme masse prolabée à travers l'orifice vaginal. Depuis trois mois, elle ressent une pesanteur pelvienne et voit apparaître, de temps en temps, une masse à travers la vulve avec saignement. Une heure avant son entrée, étant réglée, elle est réveillée par une violente douleur et un besoin de pousser et elle expulse cette masse avec une forte hémorragie.

Après une première transfusion, on examine la femme. La tumeur est en partie nécrosée. En remontant dans le vagin, on ne trouve aucune trace de l'orifice cervical. Tout au plus, peut-on distinguer en haut un revêtement muqueux plus blanc qu'on suppose correspondre aux muqueuses de l'utérus et du vagin, au-dessous duquel on devine un léger étranglement correspondant à l'insertion du pédicule tumoral.

Après une seconde transfusion, on ampute le fibrome, on suture et on refoule le moignon dans le vagin par un tamponnement serré. L'intervention est bien supportée.


CONSTIPATION
AUCUNE ACCOUTUMANCE
à base de :
SELS BILIAIRES
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES
CHARBON POREUX
FERMENTS LACTIQUES
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS
POUR I COMPRIMÉ
I à 6 comprimés par jour avant les repas
LABORATOIRES LOBICA
~~46, AVENUE DES TERNES - PARIS~~
25, RUE JASMIN - PARIS (16e)
LACTOBYL
REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

Douze jours après l'opération, le toucher montre un vagin normal, un col fermé et un utérus à peine gros.

En somme, lorque la traction exercée vers le bas par le myome a cessé, les tractions exercées vers le haut par les ligaments ronds et infundibulo-pelvien ont remonté le fond utérin et ont permis une *restitutio ad integrum* parfaite. K. et E. se félicitent de leur chance à avoir trouvé facilement le bon plan de clivage; sans doute faut-il les féliciter de s'être obstinés, malgré les difficultés rencontrées, à le rechercher. HENRI VIGNES.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

P. Delmas-Marsalet. ***Les délires de grèves*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. **114**, n° 30-31, 24-31 Juillet 1937, p. 81-87). — Quatre observations, concernant des ouvriers entre 25 et 45 ans, montrent comment le choc émotif créé par certains éléments sociaux doit être considéré comme un véritable réactif des prédispositions mentales et de ce fait comme un facteur de psychose.

Une série de grèves a donné l'occasion d'observer des manifestations mentales que l'on peut grouper sous le nom de « délires de grèves ». On a éliminé les cas d'alcoolisme aigu, favorisé par la grève, dont un grand nombre a abouti au *delirium tremens* mortel.

La rupture des habitudes prises crée pour l'individu une nécessité pour s'adapter à des conditions nouvelles. Pour beaucoup, dont l'adaptation antérieure représentait le terme ultime d'un long effort, la tâche s'avère au-dessus de leurs forces. Les débiles mentaux, par exemple, sont, par le changement d'habitude, désorientés, maladroits, crédules à l'excès et deviennent de véritables jouets entre les mains de leurs camarades d'atelier.

Les cas cités se rapportent à un délire de persécution avec agitation anxieuse chez un débile mental en état dépressif ; un délire d'interprétation avec hallucination auditive ; un délire d'anxiété avec auto-accusation ; un état de confusion onirique à base d'hallucination visuelle et zoopsie.

Ces délires de grèves semblent avoir presque toujours un pronostic bénin et une évolution rapide. ROBERT CLÉMENT.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

L. Bourrat, P. Girard et **P. Moreau.** ***Les anévrismes artériels intra-craniens*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. **18**, n° 420, 5 Juillet 1937, p. 373-385). — Les anévrismes intra-craniens ne sont pas exceptionnels ; ils siègent presque uniquement au niveau des artères de la base du cerveau. Le plus souvent, ils apparaissent formés par une paroi fibreuse sans signe d'inflammation récente. Ils s'accompagnent cependant constamment de lésions de méningo-encéphalite. Il peut exister des signes d'hémorragies sous-arachnoïdiennes sans rupture anévrismale.

De nombreux anévrismes des artères cérébrales restent latents pendant toute leur évolution ou ne se manifestent que par un épisode terminal d'hémorragie foudroyante réalisant la mort subite.

L'anévrisme embolique est dominé par l'affection embolisante.

Dans près de la moitié des cas, les anévrismes intra-craniens ont une séméiologie propre dont l'expression clinique la plus fréquente est l'hémorragie sous-arachnoïdienne, unique ou répétée, paraissant essentielle. L'hémorragie méningée peut prendre une valeur diagnostique lorsqu'elle s'associe à des signes focaux. Ces signes sont d'ailleurs loin de posséder une valeur localisatrice absolue. L'examen du fond d'œil, la recherche des bruits anormaux, les altérations osseuses ou les ombres additionnelles sur les radiographies du crâne, permettent de soupçonner l'existence d'un anévrisme. Seule l'artériographie permet de l'affirmer.

On a discuté sur l'étiologie. Il y a fréquemment coexistence d'une cardiopathie. Sur 44 cas, Fearnsides en attribue 15 à une étiologie infectieuse et embolique. Le rôle du traumatisme paraît difficile à déterminer. Celui de la syphilis paraît beaucoup plus réduit que pour les autres anévrismes. La plupart des auteurs étrangers tendent à considérer que les anévrismes intra-craniens ont leur origine dans des lésions artério-scléreuses. On a invoqué aussi une malformation congénitale, celle-ci paraît surtout vraisemblable chez les enfants.

Lorsque l'artériographie deviendra plus courante, le diagnostic des anévrismes intra-craniens sera moins aléatoire et on peut espérer des résultats du traitement chirurgical, qui, jusqu'ici, a été peu employé. ROBERT CLÉMENT.

A. Brunerie et **P. Moitel.** ***Considérations sur l'emploi de l'urotropine comme thérapeutique des psychoses de Korsakoff*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. **18**, n° 420, 5 Juillet 1937, p. 389-392). — Les régressions spontanées sont rares dans la psychose polynévritique de Korsakoff d'origine alcoolique. Peu d'essais thérapeutiques ont été publiés.

Chez 8 malades, dont 5 femmes, entre 43 et 50 ans, B. et M. ont essayé des injections intraveineuses quotidiennes de 10 cmc d'urotropine à 0 gr. 25 ou 0 gr. 50, à concurrence de 12 à 20, avec l'idée d'agir sur le foie et de lutter contre les phénomènes polynévritiques. Dans tous les cas, le volume du foie diminua très rapidement, l'état hépato-digestif des sujets fut, dès le début, amélioré. Ils se remirent à manger, à engraisser, les phénomènes diarrhéiques disparurent parallèlement à l'amélioration de l'état psychique.

Le résultat acquis a toujours été consolidé par l'opothérapie hépatique.

Les troubles psychiques sont les moins influencés par cette thérapeutique. ROBERT CLÉMENT.

Ch. Roubier. ***L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse à marche rapide chez le jeune adulte*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. **18**, n° 422, 5 Août 1937, p. 423-431). — Un ouvrier pâtissier de 19 ans présenta un état fébrile prolongé avec grosse rate. Le séro-diagnostic négatif et l'image radiographique d'adénopathies hilaires gauches permirent de conclure à une tuberculose d'allure typhoïde ; par la suite apparurent des ganglions inguinaux et axillaires dont l'un se ramollit et se fistulisa. Deux mois plus tard, le malade tousse et crache un peu, le placard opaque de la région hilaire s'agrandit, malgré des injections de sérum de Jousset. Cinq mois plus tard, des signes d'auscultation pulmonaires apparaissent, de plus en plus importants, et la mort survient au neuvième mois, par granulie pulmonaire sans lésion ulcéreuse, avec de volumineux ganglions caséeux et une rate bourrée de tubercules.

La tuberculose de première infection de l'adulte n'est pas une rareté. Elle a souvent une évolution bénigne et un bon pronostic. Mais parfois, elle revêt une allure grave et maligne et peut alors rappeler par sa symptomatologie et son évolution la tuberculose observée chez les représentants des races primitives. ROBERT CLÉMENT.

DIE MEDIZINISCHE WELT (Berlin)

Gustav Singer. ***Allergie de la menstruation*** (*Die medizinische Welt*, t. **11**, n° 37, 11 Septembre 1937, p. 1273-1277). — Après avoir rappelé les théories sur la ménotoxine, S. constate que divers auteurs (Assmann, Hoff, Ottfried, Müller) ont attiré l'attention sur des troubles vasculaires qui surviennent au moment des règles. Il donne à ce propos l'observation d'une femme de 32 ans, présentant depuis sa jeunesse des phénomènes d'hypersensibilité divers qui s'accentuent au moment de la menstruation et qui vont jusqu'à l'hémiparesthésie et à l'hémiparésie. On arrive à diagnostiquer chez cette malade un processus spasmodique dans le domaine de l'artère cérébrale moyenne. En la soumettant à un régime sans viande et sans sel, comprenant beaucoup de légumes et d'hydrates de carbone, on est arrivé à obtenir des résultats assez satisfaisants.

La constatation qu'au début de la menstruation on observe souvent des migraines, des exanthèmes fugitifs, de la tendance à l'œdème, de l'herpès et des éruptions urticariennes, de la rhinite vasomotrice, etc., amène à classer cette observation dans les états d'allergie ayant pour origine un antigène créé au cours du cycle ovarien. Parmi ces antigènes, on doit songer au follicule de Graaf et surtout au corps jaune avec son lipochrome identique au carotène et à la cholestérine dont le taux augmente à ce moment-là. La muqueuse de l'utérus peut également intervenir au moment où elle tombe en donnant lieu à l'hémorragie. On y retrouve un ferment tryptique en même temps que, dans le sang, des ferments protéolytiques des amines biogènes (histamine, choline, etc.). Les troubles des échanges cholestériniques observés à ce moment amènent à admettre l'existence d'une altération du foie et notamment d'une hépatite ou d'une hépatopathie latente.

La thérapeutique qui s'impose doit tendre, avant tout, à protéger le foie, car les femmes observées par S. et présentant des troubles contemporains de la ménopause souffrent presque toutes d'altérations manifestes du foie. Dans ce traitement, il est inutile de rechercher l'allergène spécifique. La peptone à dose de 50 centigr. à 1 gr. avant les repas s'est montrée utile. Le régime consistera à éviter les protéines animales, à réduire les graisses à point de fusion élevée, à donner de préférence des hydrates de carbone. En outre, il sera nécessaire d'agir sur les troubles de la digestion gastro-intestinale, troubles qui sont fréquents (achylie, constipation, auto-intoxication, etc.). Des injections de sels biliaires (décholine), associées à des solutions concentrées de glucose, se montrent également utiles, surtout pendant les quatre jours qui précèdent les règles. P.-E. MORHARDT.

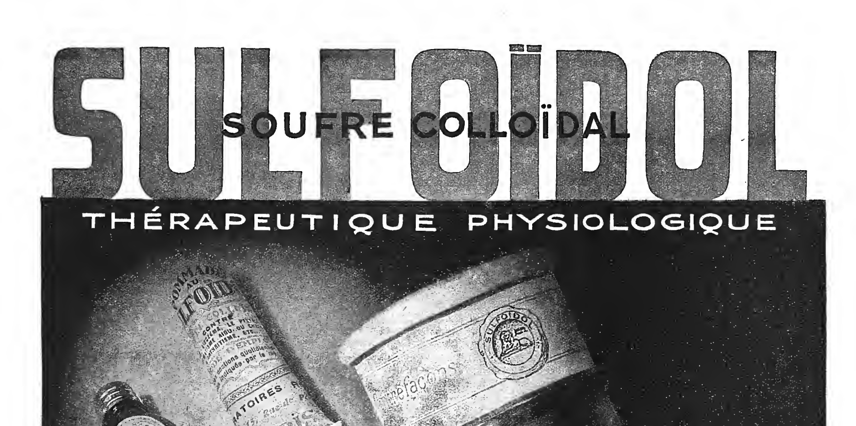
ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE (Berlin)

H. Koga (Fukuoka). ***Recherches expérimentales sur les altérations de l'estomac, produites par la lésion de la partie antérieure du cerveau et du système nerveux autonome*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **188**, fasc. 3, 14 Juin 1937, p. 449-458). — Il est absolument certain que l'on peut obtenir, par la voie nerveuse, en s'adressant soit à la voie centrale, soit à des neurotomies sympathiques, des lésions gastriques : hématomes, érosions et ulcères, en tous points comparables à celles qu'on observe chez l'homme.

Les expériences de K. viennent donc, à cet égard, confirmer celles de Schiff, d'Albert, de Della Vedova, de Gundelfinger, etc...

JEAN PATEL.

Y. Aiga (Fukuoka). ***Ascaris dans les voies biliaires*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. **188**, fasc. 4, 24 Juillet 1937, p. 600-617). — A. fait état de 14 cas personnels, ce qui prouve que l'ascaridiase lombricoïde est moins rare au Japon qu'en bien d'autres pays. Avec ces documents et quelques cas relevés dans la littérature, A. rappelle les grands caractères de cette curieuse affection.


SULFOÏDOL
SOUFRE COLLOÏDAL
THÉRAPEUTIQUE PHYSIOLOGIQUE

Du point de vue étiologique, elle est causée par les larves qui, parvenues dans l'intestin, reviennent au foie par les voies biliaires et qui s'y arrêtent, en un point quelconque, pour atteindre le stade adulte.

Du point de vue clinique, ce sont des accidents d'angio-cholécystite aiguë banale (bénigne ou grave), ou bien avec obstruction canaliculaire, qui attirent l'attention. Pratiquement, le diagnostic n'en est fait qu'à l'intervention, dont, dans le relevé de A., la mortalité est de plus de 40 pour 100.

JEAN PATEL.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Winkler. ***La croissance des cultures de gonocoques sur les milieux de Neumann et sur agar-ascite*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **105**, n° 27, 3 Juillet 1937, p. 845-852). — De nombreux milieux de culture ont été préconisés pour cultiver le gonocoque : sérum de sang de placenta humain, albumine coagulée, agar-sang, milieux anaérobies contenant CO^2 pour chasser l'oxygène, ascite-agar ; milieux aérobies et anaérobies de Neumann, avec plastiline ou avec un fragment de neige carbonique.

Des recherches de W. il résulte qu'il faut toujours associer la culture à l'examen microscopique dans la recherche du gonocoque ; on décèle la gonorrhée plus souvent (24 pour 100 en plus) par la culture que par l'examen microscopique.

Il existe des gonocoques aérophiles qui poussent sur des milieux aérobies (milieu A de Neumann) et sur agar-ascite. Il en est d'aérophobes, qui ne poussent que sur milieux anaérobies (milieux C et D de Neumann) ; il en est d'aérolabiles qui poussent sur tous les milieux, quelle que soit la concentration d'oxygène.

R. BURNIER.

Schuermann. ***« Peau de Röntgen » sans irridiation par les rayons X*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **105**, n° 30, 24 Juillet 1937, p. 945-948). — Les altérations de la peau caractérisées par une atrophie flasque et une sécheresse cutanée, des télangiectasies, des taches hyper- ou dépigmentées, des hypertrophies épithéliales (kératomes, carcinomes) s'observent surtout dans 3 cas : le *xeroderma pigmentosum*, la peau des marins, et la radiodermite chronique.

Tandis que dans les 2 premiers cas, les altérations cutanées sont *diffuses*, dans le 3e cas, les lésions sont *localisées* au point d'application des rayons.

S. attire l'attention sur ce fait qu'on peut observer une peau analogue avec lésions localisées, chez des malades qui n'ont jamais été traités par les rayons X.

C'est ainsi qu'il rapporte 2 cas, l'un d'un lupus de la face, traité par le *Finsen*, l'autre d'un eczéma de la face traité journellement pendant plusieurs mois par la *lampe de Kromayer ;* la peau de ces 2 malades montrait des altérations identiques à celles de la radiodermite chronique.

R. BURNIER.

J. Wessling. ***Durillons systématisés d'origine non encore décrite*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **105**, n° 30, 24 Juillet 1937, p. 956-958). — W. a observé, chez plusieurs paysans de la région de Münster, des durillons situés surtout sur le dos des doigts de la main droite, en particulier aux 3e et 4e doigts, au voisinage de la 2e articulation phalangienne. Ces durillons peuvent être aplatis ou au contraire tubéreux.

La cause en est la suivante : pendant l'hiver, les paysans jouent fréquemment aux cartes ; tandis que la main gauche tient les cartes, le poing droit fermé est appuyé fortement sur la table, les phalanges venant au contact du bois. C'est ce qui explique l'unilatéralité des lésions qui sont localisées ordinairement à droite, parfois à gauche chez les gauchers. Ces durillons sont surtout accentués à la fin de l'hiver ; ils disparaissent pendant l'été, alors que les paysans sont aux champs.

R. BURNIER.

E. Troeltsch. ***Influence des rayons à ondes courtes sur les champignons pathogènes*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. **105**, n° 40, 2 Octobre 1937, p. 1297-1304). — Des résultats contradictoires ayant été publiés sur l'action des ondes courtes sur les cultures de champignons, T. a soumis à l'action des ondes de 6 m. du *Tricophyton gypseum* et *violaceum* et de l'*Epidermophyton gypseum* ; aucune modification, soit positive, soit négative, ne fut observée.

L'irradiation avec des ondes de 12 m. détermina une légère activation des cultures de *T. gypseum* et *violaceum* ; l'action fut nulle sur *E. gypseum*.

T. conclut qu'on peut considérer comme nulle l'action des ondes courtes sur les cultures de champignons pathogènes ; leur virulence sur l'animal n'est nullement modifiée.

R. BURNIER.

RŒNTGEN-PRAXIS (Leipzig)

K. Blumberger. ***Déformations de l'antre et du bulbe dues à la vésicule biliaire*** (*Rœntgen-Praxis*, t. **9**, n° 8, Août 1937, p. 543-549). — Les déformations de l'antre et du bulbe provoquées par la vésicule biliaire peuvent se présenter sous des aspects très variables, et, par suite, sont souvent difficiles à reconnaître et à préciser.

Souvent, il s'agit d'une déformation aplatie fortement qui passe inaperçue; parfois aussi elle se présente sous un aspect qui, à première vue, le plus souvent, fait penser à un ulcère duodénal ou à un cancer pylorique, et seuls des examens répétés permettront de rapporter cette image à sa véritable cause. Dans les cas où l'on hésite entre une affection vésiculaire et une lésion gastrique ou duodénale, il y a avantage souvent, si le malade n'a pas encore été soumis à de trop nombreux examens, à réaliser un examen simultané de la vésicule et de la région gastro-duodénale.

B. décrit notamment des déformations dues à la vésicule (en particulier de la région pylorique dans des cas de lithiase) qui ont été considérées comme des images néoplasiques.

MOREL KAHN.

THERAPIE der GEGENWART (Berlin)

H. Reinwein. ***Diagnostic et traitement de l'intoxication par l'oxyde de carbone*** (*Therapie der Gegenwart*, t. **78**, n° 7, Juillet 1937, p. 289-294). — Après avoir rappelé que l'oxyde de carbone constitue l'élément le plus toxique du gaz d'éclairage, qu'il peut être répandu dans l'atmosphère par les brûleurs sur lesquels on met de gros récipients, par les procédés de chauffage des salles de bains, par les fuites des canalisations, par le chauffage au charbon des fers à repasser, par les explosions provoquées dans des tunnels ou dans les mines, par les petites chaufferettes à auto, R. remarque que l'affinité de CO pour l'hémoglobine est 300 fois plus grande que celle de l'oxygène, de sorte que 1/300 de CO suffit pour bloquer la moitié de l'hémoglobine, une proportion de 1 pour 100 de CO provoquant la mort.

Il existe peu d'intoxications qui entraînent des troubles aussi variés que le CO. Les premiers symptômes consistent en dyspnée, douleurs abdominales, nausées et surtout maux de tête. Arrêtée à cette phase, l'intoxication entraîne rarement des séquelles autres qu'une période de neurasthénie. La deuxième phase caractérisée par la perte de connaissance, la somnolence tenace, des symptômes d'ivresse et le coma a des conséquences plus graves. Le coma par CO ne s'accompagne pas de pâleur, mais de certains symptômes de raideur extrapyramidale, de convulsions, de trismus, de contractures en extension, d'accélération du pouls, de respiration profonde de Kussmaul, de mydriase, de taches rouges sur la peau, etc.

Les troubles cardiaques, palpitation, tachycardie, bradycardie, arythmic, état angineux, qui s'observent 24 à 72 heures plus tard, exigent un traitement immédiat. Au moment du réveil, il peut y avoir de l'agitation qu'on ne devra jamais calmer avec des narcotiques, des symptômes de parkinsonisme et des troubles de la régulation végétative, parfois des signes de myélite transversale ou de sclérose multiple.

Dans la forme aiguë, le traitement doit consister d'abord dans l'aération, le repos au lit, la surveillance, etc. Il faut surtout, pour prévenir les séquelles, favoriser l'expulsion de CO en faisant respirer de l'oxygène qui agira beaucoup plus énergiquement si on l'associe à une proportion de 5 à 7 pour 100 d'acide carbonique. Quand l'état du malade est tel qu'il est déjà survenu des arrêts de la respiration, la respiration artificielle doit être pratiquée sans perte de temps, selon la méthode de Sylvester et à raison de 10 inspirations et expirations par minute. On pourra aussi songer à l'introduction d'une sonde dans les voies aériennes, selon la méthode de Volhard. Les saignées ne paraissent plus justifiées. Il est par contre recommandé de vider les réservoirs sanguins en injectant de l'adrénaline ou d'autres médicaments du même genre (éphédrine, sympatol), ainsi que la coramine, le cardiazol, la caféine, etc. Le camphre est d'ailleurs préférable chez les malades déjà excités. La lobéline favorise également l'élimination de CO. Les injections de bleu de méthylène, de thionine ont été essayées pour favoriser les oxydations, mais ces médicaments ne semblent pas sans inconvénients.

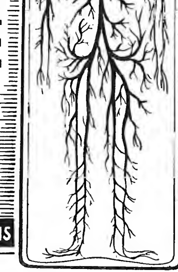
Les séquelles nerveuses souvent analogues aux séquelles de l'encéphalite peuvent exiger de l'atropine. Il est également possible qu'en pareil cas la vitamine B soit utile.

P.-E. MORHARDT.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE (Leipzig)

H. Gerstmann et **E. Klaften** (Vienne). ***Contribution à l'étude du diabète dit « de la grossesse »*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, an. **61**, n° 16, 17 Avril 1937, p. 914-920). — Il existe des femmes atteintes de diabète qui peuvent être fécondées bien que le fait soit peu commun, d'ailleurs la mortalité des enfants avant et après est considérable. Sans aucun doute l'insulinothérapie améliore le pronostic, pour les mères, la mortalité étant tombée de 45 à 20 pour 100.

Mais à côté des femmes diabétiques qui deviennent enceintes, il y a toute la catégorie des femmes enceintes chez lesquelles on voit se développer un diabète qui n'avait jamais existé et qui, sous l'influence de l'insuline, peut disparaître, ce qui va à l'encontre de l'ancienne opinion soutenant que la femme reste diabétique après l'accouchement. G. et K. rapportent deux observations caractéristiques de guérison. Chez deux femmes qui avaient antérieurement, l'une avorté et l'autre donné le jour à un enfant mort-né, G. et K. virent à l'occasion d'une nouvelle grossesse apparaître les signes cliniques d'un diabète et découvrirent la présence de sucre dans l'urine (8 à 10 grammes); le sucre du sang, normal chez l'une d'elles, s'élevait chez l'autre à 3 gr. 12. Grâce à l'insuline, les deux femmes menèrent leur grossesse à terme et l'ac-


HÉMO

couchement fut normal. Après la délivrance la glycosurie ne reparut plus et la quantité de sucre dans le sang tomba à 1 gr.

Voici donc la caractéristique du diabète de la grossesse : chez des femmes jeunes ayant souvent dans leurs antécédents des avortements, des accouchements prématurés ou d'enfants mort-nés, apparaissent brusquement tous les signes d'un diabète qui disparaîtra aussitôt après l'expulsion de l'enfant.

Conclusion pratique : chez des femmes sans antécédents syphilitiques, sujettes aux avortements, il faut penser au diabète et chercher le sucre dans l'urine et dans le sang, pour établir aussitôt le traitement insulinique. La disparition du diabète après l'accouchement permet d'affirmer qu'il s'agissait d'un diabète apparu au cours de la grossesse chez une femme antérieurement normale.

On tend actuellement à regarder cette forme de diabète non pas comme exclusivement due aux modifications subies par les îlots de Langerhans au cours de la grossesse, mais à des troubles pluriglandulaires retentissant sur le système nerveux végétatif et sur les centres.

Desmaret.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

E. Walraf. ***La question du débit cardiaque par minute au repos*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **58**, n° 5, 30 Janvier 1937, p. 97-105). — Il existe déjà de nombreuses donnécs sur le débit cardiaque par minute au repos (D.C.R.). Pour pouvoir les comparer et apprécier aussi la valeur des méthodes employées, on a calculé un « indice cardiaque ». En général, on a rapporté la valeur trouvée pour le débit à l'unité de surface du corps. L'indice ainsi calculé est de 2 lit. à 2 lit. 5.

W. montre que cet indice fournit une base d'appréciation précieuse pour la détermination du D.C.R. en clinique.

L'exactitude de la détermination d'un D.C.R. dépend, bien entendu, de la rigueur avec laquelle on a déterminé la quantité de O consommé d'une part, et la différence artérioveineuse en O d'autre part. Comme on dispose d'un riche matériel de comparaison pour le chiffre de O consommé, l'appréciation est facile. Quand cette valeur de O chez le sujet normal ne concorde pas avec la valeur théorique calculée d'après Benedict-Harris, c'est que les conditions standard pour l'épreuve du métabolisme basal n'ont pas été exactement observées et ainsi la valeur de la différence artério-veineuse en O devient incertaine, étant supposé d'avance que les méthodes pour déterminer O et la différence artério-veineuse en O fussent sûres.

Partant de ce point de vue, pour contrôler la valeur des documents publiés sur l'indice, W. a examiné de nombreux chiffres de D.C.R. donnés par les auteurs. Il les divise en trois groupes. D'une façon générale, la moyenne de toutes ces valeurs de O servant de base aux chiffres du D.C.R. est trop élevée, les chiffres trouvés pour O sont supérieurs aux valeurs théoriques calculées d'après les tables de Benedict-Harris. Dans le groupe I, qui comporte des indications précises sur l'âge, le poids et la taille, les divergences moyennes sont minimes. Les conséquences qui en découlent pour l'appréciation de la valeur de l'indice cardiaque « normal » d'après les documents publiés sautent aux yeux.

P.-L. Marie.

G. Nylin (Stockholm). ***Les épreuves fonctionnelles du cœur utilisables en clinique et leur signification*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **58**, n° 26, 26 Juin 1937, p. 529-547). — N. rappelle d'abord les progrès réalisés dans l'étude du travail du cœur grâce à la mesure du débit cardiaque. On sait aujourd'hui que normalement, au repos, chaque litre de sang capte 60 cmc d'O en passant à travers le poumon. Ce chiffre représente donc la différence artério-veineuse en O, appelée aussi « utilisation ». La méthode à l'acétylène de Grollman a permis de préciser le débit cardiaque par minute, quantité de sang qui traverse le circuit pulmonaire dans l'unité de temps. Pour la calculer, on n'a qu'à diviser la consommation d'O à la minute par l'utilisation. A jeun et au repos, un sujet normal consomme 240 cmc d'O par minute ; son utilisation est de 60 cmc; le débit cardiaque est donc de 4 lit., quantité qui se montre assez constante. Il varie selon la taille, et Grollman a introduit la notion d' « indice cardiaque » (débit cardiaque par minute/mq de surface du corps) qu'il considère comme la mesure de la fonction cardiaque. N. préfère le débit systolique ; il est fonction directe de la surface du corps tant chez les enfants que chez les adultes. On doit donc s'attendre à trouver un rapport déterminé entre le volume du cœur et le débit systolique chez les sujets normaux.

On s'est efforcé de calculer numériquement le volume du cœur. Les diverses méthodes radiographiques ont été très améliorées à cet égard. La formule de Kahlstorf permet également ce calcul ; elle donne les chiffres normaux du volume du cœur en centimètres cubes par kilogramme de poids. Employant l'indice volume du cœur-débit cardiaque par minute, N. a vu qu'il est constant chez les sujets sains, enfants et adultes, dans des conditions physiologiques variées.

Si l'on mesure le volume du cœur et le débit systolique, on constate dans la décompensation cardiaque que ce débit diminue et que le volume du cœur augmente. Il en résulte qu'avec l'aggravation de la décompensation l'indice augmente. Il est évident que, lorsque le volume du cœur atteint d'aussi fortes valeurs que 2 litres et que le débit systolique tombe au-dessous de la normale, on peut en conclure que l'augmentation de volume du cœur est due en grande partie à une dilatation. Pour apprécier la fonction d'un cœur, il est fondamental de préciser le degré de son augmentation éventuelle de volume. N. a fait sur ce point des recherches qui montrent que le volume du cœur diminue de façon importante avec l'amélioration de l'état du malade.

Mais les méthodes modernes de mesure de certaines fonctions circulatoires au repos (débit par minute, débit systolique, volume du cœur, pression veineuse, etc.) ne fournissent guère de renseignements sur les réactions du cœur à l'effort.

Le comportement du pouls et de la pression pendant et après le travail ne donne pas d'indications valables. Par contre, les nouvelles méthodes basées sur la consommation d'O pendant et après le travail fournissent une base d'appréciation très précieuse. Hill a montré que le retour à la normale de la consommation d'O après le travail dépend de la grandeur du travail accompli et que, lors d'un travail pénible, il existe une augmentation importante de la consommation d'O après la fin du travail. C'est la « dette d'oxygène ». On constate un parallélisme entre la grandeur du travail, la dette d'O et le taux d'acide lactique du sang. Chez les cardiaques décompensés, la dette d'O s'accroît manifestement, ces malades ne pouvant absorber assez d'O pendant le travail. Le même phénomène se rencontre dans les affections pulmonaires. Il s'agit donc là d'une épreuve fonctionnelle cardio-pulmonaire. N. a déterminé la dette d'O après le travail gradué dans un escalier spécial. Chez les sujets normaux il a trouvé, qu'avec un travail déterminé, la consommation d'O, à un moment précis après la fin du travail, calculée en pourcentage du chiffre de la consommation au repos, est indépendante du poids du corps tant qu'il se tient dans les limites physiologiques. Les écarts chez les sujets normaux sont très faibles. Mais chez les insuffisants cardiaques, et chez certains malades à parenchyme pulmonaire restreint, on constate une forte augmentation au delà des valeurs-limites. La dette d'O croît et décroît avec les progrès et l'amélioration de l'insuffisance cardiaque. Elle est aussi directement proportionnelle à la capacité de travail des pulmonaires. Elle augmente chez les sujets normaux quand on restreint les mouvements de leur thorax au moyen d'une sangle.

Chez les valvulaires en hyposystolie, la dette se montre augmentée après le plus léger travail. On peut déceler ainsi l'insuffisance cardiaque latente chez les valvulaires et préciser le pronostic. Cette méthode apporte également des renseignements fort précieux dans l'hypertension, les névroses cardiaques, l'hyperthyroïdie, la pratique de l'assurance-vie.

P.-L. Marie.

H. von der Decken. ***Buts et tâches du plan de 4 ans en ce qui concerne l'alimentation du peuple allemand*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. **58**, n° 27, 3 Juillet 1937, p. 561-571). — Le but de la politique alimentaire allemande est de fournir une alimentation adaptée le plus possible à l'Allemand, au sol et au climat allemands, produite autant que faire se peut dans le pays même, et à la répartir de telle sorte que tous les consommateurs jouissent d'un maximum de rendement et de santé.

Pour atteindre ce but, il faut réaliser la collaboration de l'agriculture, de la science de la nutrition, de la politique agraire et de la technique physico-chimique.

La tâche de l'agriculteur est d'augmenter la production nationale qui subvient maintenant à 83 pour 100 des besoins de l'Allemagne (au lieu de 63 pour 100 en 1927) et aussi d'améliorer la qualité des produits et d'en abaisser le prix de revient (culture de nouvelles espèces de blé, de seigle, de maïs, de lupin, de trèfle, etc., emploi des machines, rénovation de l'enseignement agricole, obtention de statistiques agraires précises).

La tâche du médecin et du spécialiste des questions de nutrition doit être pour le premier de contrôler l'état de santé de la population dont l'alimentation est basée sur des données numériques, d'éclairer citadins et ruraux sur l'hygiène et ses règles (alimentation, vêtement, adaptation de la nourriture à l'individu, composition rationnelle des menus selon l'âge et les conditions de vie, rénovation de l'art culinaire). Au spécialiste des questions de nutrition il appartient de fixer la ration alimentaire calculée actuellement à raison de : protides 70 à 80 gr., graisses 50 à 70 gr., glucides 400 à 500 gr. pour un homme de 67 kilogr., mais qui demande encore des retouches. L'idéal est d'économiser les albumines et les graisses animales autant que possible, de remplacer les graisses par les glucides, de remplacer la viande par les produits laitiers, le poisson et les légumineuses.

La tâche de la politique agraire est de mettre d'accord les desiderata des agriculteurs et des physiologistes et médecins avec les exigences et les possibilités de la politique de l'Etat (situation des devises, traités de commerce, niveau des salaires).

Le rôle de la technique est très varié : amélioration des procédés de pêche, de conservation des aliments, perfectionnement de l'industrie laitière, utilisation des déchets, etc, etc.

P.-L. Marie.

LE SCALPEL (Bruxelles)

M. Wybauw. ***Les sels d'or appliqués au traitement des cardites évolutives chroniques de l'adulte, dites rhumatismales*** (*Le Scalpel*, t. **90**, n° 24, 12 Juin 1937, p. 749-780). — Chez 11 malades, âgés de 29 à 41 ans, atteints de cardiopathie évolutive, W. a essayé un traitement par les sels

d'or. 7 sujets avaient dans leurs antécédents un rhumatisme articulaire aigu ; tous les malades ne présentaient pas le tableau complet des symptômes qui permettent de considérer l'affection cardiaque comme évolutive, notamment deux avaient une sédimentation normale, malgré les poussées évolutives certaines et des signes indiscutables d'atteinte profonde de l'endocarde et du myocarde.

La chrysothérapie peut être tentée dans tous les cas de cardiopathie évolutive de diagnostic certain, dont l'évolution est chronique et torpide. On n'a jamais entrepris le traitement qu'en dehors de poussées évolutives franches. Au cours de celles-ci, il vaut mieux recourir au traitement classique. La sensibilité à l'or des rhumatisants cardiaques, est extrêmement prononcée. Il y a contre-indication absolue à ce traitement chez les malades décompensés faisant une stase hépatique ou rénale ; ce serait s'exposer à des catastrophes.

Il faut faire une thérapeutique préparatoire tonicardiaque et diurétique.

Les sels employés ont été des sels solubles en suspension huileuse. On a commencé par des doses minimes, 1/2 centigr. en général, et on a augmenté jusqu'à 5 à 10 centigr. On est toujours resté à des doses totales très inférieures à celles employées chez les tuberculeux ou les rhumatisants chroniques.

Dans tous les cas, les résultats immédiats ont été bons : augmentation du poids, reprise de l'appétit, force musculaire plus grande, psychisme meilleur, douleur précordiale et dyspnée diminuées.

Chez 2 malades, on n'a pas constaté de poussée évolutive depuis un an et demi et chez un autre, depuis un an. Pour les autres, le temps d'observation ne dépasse pas six mois. Chez beaucoup l'amélioration persiste. Trois fois, il y a eu récidive ou reprise de l'évolution de la maladie.

Les réactions générales ont été rares ; les réactions focales fréquentes, d'intensité variable. La diarrhée a été observée dans quelques cas. Des traces d'albumine chez quelques autres. Dans un cas, la diminution du nombre des hématies a fait arrêter le traitement.

Robert Clément.

P. Marchandise (Louvain). ***La mesure de la vitesse circulatoire en clinique*** (*Le Scalpel*, t. **90**, n° 34, 21 Août 1937, p. 1183-1192. — On peut mesurer la vitesse circulatoire du sang avec des produits sapides.

M. préconise l'injection intra-veineuse de 3 à 5 cmc (suivant qu'il s'agit d'un sujet maigre ou d'un sujet obèse) d'une solution de saccharinate de soude. Le malade, prévenu de ce qui va se passer, doit signaler la saveur sucrée dès le moment où elle se manifeste. Celle-ci est suffisamment soudaine et intense pour attirer l'attention. Ce n'est qu'exceptionnellement que le malade ne présente aucune saveur pour le sucre.

Chez l'adulte, à l'état physiologique, le goût de sucre est perçu de dix à seize secondes après l'injection qui doit être poussée rapidement. On peut considérer comme pathologique la vitesse circulatoire si la saveur n'est perçue qu'après dix-huit secondes, ou avant huit secondes.

La recherche de la vitesse circulatoire est d'un grand intérêt clinique. Le ralentissement est constant dans l'insuffisance cardiaque. Dans les cas nets d'asystolie, la mesure de la vitesse circulatoire aide le médecin à apprécier le degré et la modalité évolutive de la défaillance cardiaque. Dans les cas où le diagnostic de l'insuffisance cardiaque est plus ou moins hésitant, la mesure de la vitesse circulatoire apporte à elle seule un renseignement d'importance capitale souvent décisif.

Dans l'encombrement vasculaire progressif asystolique, le ralentissement de la vitesse circulatoire réside principalement ou exclusivement dans les petits vaisseaux de la circulation pulmonaire.

Par sa simplicité, son innocuité, sa valeur diagnostique, la mesure de la vitesse circulatoire par le saccharinate de soude mérite de passer dans la pratique courante.

Robert Clément.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

B. Ashe et **H. Mesenthal.** ***La consommation en eau, en sel et en protéines de 1.000 habitants de New-York*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 14, 3 Avril 1937, p. 1160-1163). — A. et M. ont eu l'idée curieuse de mesurer la consommation moyenne en protéine, en sel et en eau des New-Yorkais. Cette idée, à première vue étonnante, est en réalité venue de vues théoriques des auteurs sur le rôle du régime hypoazoté et hyposalé dans la pathogénie de l'hypotension artérielle et de l'anémie.

Les conclusions de ces recherches, entreprises en dosant l'urée et le chlorure de sodium dans les urines de 24 heures, montrent que les New-Yorkais consomment pour la plupart une faible dose journalière de protéine, 40 gr. ou moins ; 4 à 8 gr. de sel et 1 litre de liquide environ.

D'après les résultats observés, il résulte que les individus consommant peu de protéine ont une tendance à l'hypotension artérielle et à l'hypochromie. Mais, à l'inverse, les individus consommant beaucoup de protéine n'ont pas d'hypertension ni d'excès d'hémoglobine. Et les hypertendus ne paraissent pas consommer plus de protéine ni de sel que les sujets normaux. Il ne semble pas d'ailleurs qu'un régime pauvre en protéine ait chez eux une action hypotonique nette.

R. Rivoire.

H. Holder et **E. Mackay.** ***L'emploi de l'urée dans le traitement des plaies infectées*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 14, 3 Avril 1937, p. 1167-1169). — H. et M. ont essayé de traiter une trentaine de malades atteints de plaies infectées ou d'ulcères par de l'urée cristallisée ou des solutions saturées d'urée. Les résultats obtenus ont été très satisfaisants, l'urée semblant agir par son action dissolvante sur les protéines mortes. En tout cas, la tolérance de la peau à ce médicament est parfaite, telle que des greffons épidermiques sont inaltérés par lui. Il semble donc indiqué d'essayer en grand ce traitement inoffensif et peu coûteux, qui va faire tressaillir d'aise les rebouteux de campagne, apôtres et précurseurs de l'ourothérapie moderne.

R. Rivoire.

C. Warren, W. Hinton et **W. Bauer.** ***La valeur de la gono-réaction dans le diagnostic des arthrites*** (*The Journal of the American médical Association*, vol. **108**, n° 15, 10 Avril 1937, p. 1241-1247). — W., H. et B. ont entrepris une étude statistique sur la valeur de la gono-réaction pour la différenciation des arthrites gonococciques. Ils ont observé que, dans 74 cas d'arthrite gonococcique prouvée ou probable, la réaction a été positive dans plus de 80 pour 100 des cas, tandis qu'elle était négative dans 90 pour 100 des cas d'arthrite infectieuse non gonococcique. De ce travail, il résulte que la gono-réaction pratiquée de façon sérieuse est un facteur très important pour le diagnostic des arthrites gonococciques. Si la technique encore imparfaite de ce test est améliorée, il est possible qu'il approche du degré d'exactitude du Wassermann.

R. Rivoire.

H. Drysdale. ***L'insulinate de protamine dans le diabète juvénile*** (*The Journal of the American medical Assocation*, vol. **108**, n° 15, 10 Avril 1937, p. 1250-1257). — La littérature concernant l'insulinate de protamine commence à devenir volumineuse, sauf en France où l'on paraît bouder cette acquisition thérapeutique précieuse. Dans cet article, D. expose les remarquables résultats obtenus dans 10 cas de diabète juvénile, dont plusieurs graves et hyperinsulino-sensibles. Quelques points intéressants à signaler : il semble que l'insulinate de protamine empêche l'acidose au cours des injections, bien qu'une glycosurie massive s'observe en général ; en outre, il est possible que l'insulinate de protamine tende à élever le seuil rénal du sucre.

R. Rivoire.

A. Sindoni. ***L'insulinate de protamine par rapport à l'insuline ordinaire*** (*The Journal of the American medical Association*, vol, **108**, n° 16, 17 Avril 1937, p. 1320-1327). — Encore un article sur l'insulinate de protamine. Il s'agit surtout d'un travail théorique, malheureusement imprégné d'idées préconçues. Notons que S. conseille un traitement mixte, l'insuline ordinaire pour le jour et l'insuline protaminée pour la nuit. Signalons enfin en passant que S. s'élève contre l'habitude si profondément enracinée dans les milieux médicaux de suivre les progrès de la thérapeutique chez les diabétiques en dosant la glycémie à jeun, qui est un très mauvais test parce que le plus souvent les malades sont loin de leur dernière piqûre d'insuline à ce moment : ils sont donc à cette période de la journée comme des diabétiques intraités, quelle que soit la dose d'insuline injectée dans la journée. Pour éviter les accidents d'hypoglycémie et pour vérifier la correction du diabète par l'insuline, il est infiniment préférable de doser la glycémie 2 ou 4 heures après une injection d'insuline et un repas.

R. Rivoire.

H. Smith. ***La fréquence de la sclérose coronarienne chez les médecins, comparée à sa fréquence dans les autres professions*** (*The Journal of the American medical Association*, vol, **108**, n° 16, 17 Avril 1937, p. 1327-1329). — Une bien curieuse étude statistique de la clinique Mayo montrant que l'angor est beaucoup plus fréquent chez les médecins que dans les autres professions, même intellectuelles. C'est là d'ailleurs un fait connu depuis longtemps, puisque Osler avait même pu dire que le fait pour un médecin d'avoir une sclérose coronarienne était la preuve qu'il avait atteint le sommet de la hiérarchie professionnelle.

Quelle est la raison de cette prédominance fâcheuse du corps médical ? Il est bien difficile de le dire, étant donné l'ignorance dont nous sommes affligés vis-à-vis de l'étiologie de la sclérose des coronaires. Peut-être cependant la vie agitée de l'étudiant en médecine et de l'interne est-elle responsable pour une grande part de ce phénomène, tout au moins en France.

R. Rivoire.

M. Weinberg, R. Mellon et **L. Shinu.** ***Deux cas de méningite streptococcique traités avec succès par le sulfanilamide et le prontosil*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 23, 5 Juin 1937, p. 1948-1951). — Les Américains découvrent seulement à l'heure actuelle les composés amidés contre le staphylocoque. Dans cet article, W., M. et S. rapportent deux observations de méningites streptococciques post-otitiques guéries par le prontosil. Ces deux observations sont cependant intéressantes pour nous parce qu'il s'agissait de méningites très graves chez des sujets peu résistants, dont le pronostic aurait été fatal à coup sûr avant l'apparition de la chimiothérapie antistreptococcique.

R. Rivoire.

R. Middleton. ***Quelle est la dimension de la prostate hypertrophique ? Report de la plus grande prostate hyperplasiée jamais enlevée chirurgicalement*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 23, 5 Juin 1937,

p. 1967-1969). — M. a enlevé chez un vieillard de 72 ans une prostate pesant 557 gr., qui est certainement la prostate la plus volumineuse jamais enlevée par un chirurgien. La tumeur avait la dimension d'une tête de fœtus et remplissait entièrement le petit bassin. L'ablation impossible d'un seul bloc fut faite par fragmentation.

L'intervention réussit parfaitement et le malade est actuellement en parfaite santé ; sa fonction vésicale est normale, et un examen cystoscopique a montré que les organes pelviens avaient repris leurs rapports normaux. R. Rivoire.

H. Mason et **G. Sly**. ***Un cas de diabète résistant à l'insuline mais ayant répondu à un changement du type de glucide ingéré*** (*The Journal of the American medical Association*, vol, **108**, n° 24, 12 juin 1937, p. 2016-2020). — Une bien curieuse observation. Il s'agit d'un enfant présentant une glycosurie importante, de 20 à 25 gr., mais dont la glycémie à jeun est basse alors que, après les repas, elle monte très au delà de la normale, sans que l'insuline ait aucune action sur l'intensité de cette hyperglycémie. La substitution de lévulose ou de galactose au dextrose dans l'alimentation de l'enfant diminue considérablement la glycosurie (qui tombe à 2 gr.) et atténue l'intensité et la durée de la réaction hyperglycémique. M. et S. essaient ensuite d'interpréter la raison et l'essence de ce trouble du métabolisme des glucides, bien différent du diabète : disons que leurs hypothèses ne sont pas convainquantes. L'observation n'en garde pas moins tout son intérêt.

R. Rivoire.

H. Stander et **K. Kuder**. ***Le traitement des maladies de cœur compliquant la grossesse*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 25, 19 Juin 1937, p. 2092-2096). — Cet article est une étude statistique concernant l'influence de la grossesse sur les maladies de cœur, statistique basée sur l'étude de plus de 400 femmes atteintes de cardiopathies, prises parmi les 14.000 accouchées du New-York Hospital au cours des 4 dernières années.

En outre, S. et K. ont entrepris une série d'études sur le dynamisme cardiaque, à la fois chez la femme et chez l'animal, qui leur ont montré que le travail du cœur augmentait dès le troisième mois de la grossesse pour atteindre un chiffre de moitié supérieur à la normale au moment du terme.

La mortalité par accidents cardiaques chez les accouchées est très élevée, 3 fois plus forte que la mortalité moyenne de l'hôpital.

Dans les cas légers, une hospitalisation pendant les dernières semaines de la grossesse suffit à empêcher les accidents ; dans les cas graves, il faut une hospitalisation plus prolongée, et un accouchement au forceps ; dans les cas très sérieux, il faut faire une césarienne à terme et une stérilisation simultanée. R. Rivoire.

J. Paul et **G. Dixon**. ***Influence du climat sur les cardiopathies rhumatismales: enquête faite dans les écoles d'enfants indiens au nord et au sud de l'Amérique*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 25, 19 Juin 1937, p. 2096-2100). — On sait depuis longtemps l'influence du climat sur la fréquence et la gravité des complications cardiaques du rhumatisme; mais il s'agissait plutôt d'une impression, et non d'une certitude basée sur une étude radiologique et médicale complète. P. et D. ont comblé cette lacune en recherchant la fréquence des cardiopathies rhumatismales dans les écoles pour enfants indiens disséminées dans les réserves indiennes américaines : en effet ces groupes d'enfants se prêtent particulièrement bien à une étude de ce genre, à cause de leur homogénéité raciale et de l'analogie de leurs conditions d'habitat et de vie.

Ces recherches confirment pleinement l'influence favorable de la chaleur, puisque les cardiopathies rhumatismales sont dix fois plus fréquentes chez les enfants indiens de la frontière canadienne que chez ceux de la frontière américaine.

R. Rivoire.

E. Schultz et **L. Gebhardt**. ***La prophylaxie de la poliomyélite par le sulfate de zinc*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **108**, n° 26, 26 Juin 1937, p. 2182-2184). — Une très grande découverte a été réalisée, sans bruit, en Amérique, dans ces derniers mois: Armstrong et Schultz ont en effet découvert que la pulvérisation d'une solution à 1 pour 100 de sulfate de zinc sur la zone olfactive des singes empêchait l'inoculation de la maladie par instillation nasale du virus pendant au moins 3 semaines. Bien que des expériences nombreuses n'aient pas encore été faites chez l'homme, il est probable que la même immunité doit y être observée. On conçoit tout l'intérêt de cette découverte, qui pour la première fois permet de solides espoirs dans la lutte contre les épidémies de cette si redoutable affection.

La pulvérisation de sulfate de zinc a cependant un inconvénient : elle est douloureuse, donnant parfois même une céphalée violente. Cet inconvénient est d'ailleurs bien atténué par la pulvérisation simultanée d'une solution à 1 pour 100 de pantocaïne. R. Rivoire.

K. Curner et **R. Moore**. ***Un patient atteint de maladie de Pick amélioré par deux cardiolyses à 21 ans d'intervalle*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 1, 3 Juillet 1937, p. 25-27). — Une bien intéressante observation montre combien la cardiolyse peut améliorer les malades atteints de péricardite adhésive. Cette malade, opérée une première fois en 1908, eut ensuite 3 grossesses sans accidents asystoliques, puis commença vers 1925 à faire de nouvelles crises de décompensation cardiaque de plus en plus graves et fréquentes qui obligèrent en 1935 à refaire une cardiolyse, les cartilages costaux enlevés en 1908 étant entièrement régénérés et remplacés par du tissu osseux. Cette seconde opération réussit à merveille, et 2 ans après la malade était en excellent état, ne présentant aucun signe physique ou fonctionnel d'insuffisance cardiaque.

R. Rivoire.

C. Kunath. ***La vésicule non calculeuse: analyse de 100 cas traités par cholécystectomie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. **109**, n° 3, 17 Juillet 1937, p. 183-187). — Cet article très intéressant et plein de mesure apporte une statistique importante (mais non pas démesurée) sur les résultats de l'ablation de la vésicule dans les cholécystites non calculeuses. K. n'a observé de guérison que dans moitié moins de cas qu'après cholécystectomie pour lithiase, ce qui confirme les études faites par d'autres auteurs. Le plus souvent, il persistait des symptômes douloureux, en particulier des symptômes gastriques : ce qui tendrait à prouver que la dyspepsie biliaire est liée plus à l'insuffisance de la fonction vésiculaire qu'à la cholécystite elle-même.

Il ne faut pas compter sur la symptomatologie clinique et radiographique, ni sur l'examen anatomique de la vésicule, pour émettre un pronostic: dans l'ensemble cependant, le résultat post-opératoire est d'autant meilleur que l'affection était plus grave. P. Rivoire.

MEDICAL RECORD
(New York)

S. P. Sobel. ***Troubles trophiques survenant dans le premier espace intermétacarpien dans certains états rénaux*** (*Medical Record*, t. **146**, n° 1, 7 Juillet 1937, p. 28-32). — Chez 9 sujets âgés de 25 à 60 ans, une lésion rénale importante, telle que tuberculose rénale, lithiase néphrétique, hydronéphrose calculeuse, pyonéphrose, hypernéphrome, et ayant subi pour cette affection une intervention chirurgicale, le plus souvent une néphrectomie, S. a observé un phénomène trophique curieux. Il s'agit d'une atrophie musculaire portant sur les muscles interosseux du 1er espace intermétacarpien du même côté que la lésion rénale. L'amaigrissement, le creux formé par l'atrophie contraste avec l'état normal de la main du côté opposé.

Plusieurs fois, l'atrophie de cette partie de la main a attiré l'attention de l'auteur et lui a permis de découvrir une dilatation du bassinet et des calices ou des calculs rénaux qui avaient passé inaperçus.

L'atrophie de l'espace interosseux et la sensibilité de l'index peuvent être considérés comme des réflexes viscéro-trophiques ou viscéro-sensoriels se faisant aux dépens du système nerveux autonome.

L'atrophie n'a jamais été observée dans les néphrites aiguës ou chroniques, les pyélites ou les abcès néphrétiques.

Dans les recherches expérimentales sur la grenouille et des animaux plus gros, S. a pu montrer que les troubles trophiques d'origine nerveuse peuvent avoir non seulement une distribution segmentaire, mais aussi se développer dans une direction longitudinale. Robert Clément.

F. Gudernatsch. ***L'état actuel du problème thymique*** (*Medical Record*, t. **146**, n° 3, 4 Août 1937, p. 101-108). — Après avoir passé en revue les travaux expérimentaux antérieurs, sur l'action du thymus, donné par la bouche aux animaux, G. commente les résultats obtenus dans le laboratoire de Asher et dans celui de Rowntree avec les injections d'extrait thymique sur les rats.

Dans l'ensemble, l'injection d'extrait opothérapique très purifié donne des résultats analogues à ceux de l'alimentation des têtards par le thymus. L'hyperthymisation ainsi réalisée accélère le taux de croissance des jeunes animaux. Les deux extraits ont une influence stimulante sur le développement des gonades. Cette notion est diamétralement opposée au rôle attribué au thymus par les premiers expérimentateurs et les cliniciens qui consistait à retarder l'apparition de l'adolescence chez l'homme.

Ces observations nous obligent à réviser aussi nos idées sur l'impossibilité de l'apparition simultanée d'une croissance accélérée et d'une maturité précoce. Les observations cliniques donnaient l'impression que les deux choses n'étaient pas simultanées et que l'un des processus était ralenti quand l'autre était en activité.

Tandis que l'extrait thymique stimulateur de la croissance obtenu par Asher agit sur la première génération, celui de Hanson ne produit d'effet visible qu'à la troisième génération et plus tard. A mesure que se succèdent les générations, la croissance et la différenciation sont de plus en plus exaltées. Les deux extraits contiennent des protéines et rappellent l'activité des fractions protéiques préparées et étudiées par les premiers investigateurs.

Les deux extraits ont une portion active sulfureuse, dont la découverte est une contribution à la chimie du thymus. Probablement, le soufre est présent sous la forme de sulfhydrile comme une part de la molécule glutathion. La glutathion et un de ses composants, la cystéine, sont connus comme stimulant la croissance.

Si le glutathion est le composant de l'effet thymique, la question se pose de savoir où et comment il est formé ou amassé dans le thymus.

On ignore encore le substratum morphologique qui correspond à la production de l'hormone spécifique.

L'absence d'effet pathologique après splénecto-

mie ne doit pas être oubliée. Le fait que l'extrait Hanson ne produit son action qu'à la troisième génération et au delà permet de se demander si l'action du thymus n'est pas héréditaire.

La physiologie thymique, comme sa morphologie, est un champ largement ouvert aux hypothèses.

Robert Clément.

THE LANCET
(Londres)

J. F. Wilkinson. ***Les extraits de cortex surrénal dans le traitement de la maladie d'Addison*** (*The Lancet*, n° 5937, 10 Juin 1937, p. 61-70). — W. a étudié les effets de deux extraits de cortex surrénal (cortine et eucortone) actuellement employés dans le traitement de la maladie d'Addison. Sur 9 malades atteints de cette maladie sans complications, 4 moururent malgré un traitement intensif, 3 de la maladie d'Addison et 1 d'insuffisance cardiaque. A l'autopsie de ces 4 cas, 2 présentèrent des lésions tuberculeuses de la surrénale, les 2 autres une atrophie complète.

Des 5 malades vivants, la plus longue survie est de trois ans, la plus courte de dix-neuf mois. L'un était un cas chronique de gravité moyenne qui n'est d'ailleurs plus en traitement maintenant. Les 4 autres malades sont des cas graves, qui furent traités par des doses importantes d'extrait de cortex en injections intramusculaires et intraveineuses sans incident et qui maintenant reçoivent 15 gr. de chlorure de sodium par jour.

La quantité totale d'extrait surrénal chez un patient fut de 3 litres, chez un autre elle ne fut que de 15 cmc.

Avec les extraits corticaux, l'anesthésie, la faiblesse musculaire, les troubles gastriques, vomissements, diarrhée, nausées, disparaissent rapidement. L'appétit, le poids augmentent, la pigmentation diminue, les troubles mentau s'améliorent, la température au-dessous de la normale s'élève.

La pression sanguine ne se relève qu'au bout de deux à trois mois après le traitement, encore est-il besoin souvent d'ajouter la prise de chlorure de sodium. Les différentes substances contenues dans le sang redeviennent normales, l'urée diminue, les chlorures augmentent. L'extrait surrénal n'a pas d'effet sur l'anémie microcytique, ni sur le métabolisme basal.

André Plichet.

Aubrey Lewis, Nancy Samuel, Janet Galloway. ***Etude sur le crétinisme à Londres*** (*The Lancet*, n° 5939, 26 Juin 1937, p. 1505-1509 et n° 5940, 3 Juillet 1937, p. 1-5). — Cette étude, portant sur 77 sujets atteints de crétinisme ou de myxœdème juvénile, a été faite dans les hôpitaux de Londres.

On se servit de la méthode Binet-Simon pour déterminer leur intelligence et on mesura leur hypothyroïdie par l'angle d'impédence.

Si les tests psychologiques montrent qu'il est possible pour ces sujets de devenir mentalement normaux, il n'en reste pas moins qu'il est difficile de vaincre leur lenteur, leur apathie. On remarque souvent chez eux des obsessions, mais plus de la moitié sont parfaitement sociables.

On a comparé le niveau intellectuel avant et après le traitement, mais il semble que la continuité et l'intensité de la médication thyroïdienne ne soient pas les seuls facteurs décisifs pour améliorer l'intelligence de ces malades. Quelques-uns notamment, qui avaient un degré d'intelligence normale, avaient eu un traitement insuffisant, d'autres qui avaient été traités régulièrement dès l'apparition des symptômes avaient une intelligence diminuée. Dans la majorité des cas cependant, il existe une corrélation entre la régularité du traitement et le degré intellectuel atteint.

Les autres facteurs qui influent sur l'amélioration de l'intelligence sont : le degré de développement intellectuel au moment de l'apparition des symptômes de myxœdème, le degré de la déficience thyroïdienne, les antécédents familiaux (degré intellectuel des parents), les lésions cérébrales soit à la naissance, soit à la suite d'une maladie infectieuse de l'enfance, les influences du milieu y compris l'éducation sociale.

André Plichet.

J. C. Clegg. ***Maladie de Paget avec troubles mentaux et choroïdite*** (*The Lancet*, n° 5942, 17 Juillet 1937, p. 128-130). — A propos d'un cas de maladie de Paget qui s'accompagne de troubles mentaux et de choroïdite pigmentaire à type sénile, C. fait remarquer que la description originale de Paget ne comprenait aucun de ces symptômes. Cependant les troubles mentaux sont cités dans quelques observations.

C. eu a retrouvé 16 cas. Chez trois d'entre eux, les troubles mentaux pouvaient être attribués à une lésion surajoutée. Il est à noter que les treize autres étaient âgés et que les troubles mentaux pouvaient être en rapport avec leur âge.

Différentes explications ont été données de cette association : diminution de la capacité cranienne et compression du cerveau. Cependant, dans la plupart des cas et en particulier dans celui observé ici, les troubles mentaux, caractérisés par de la confusion, cessèrent brusquement.

André Plichet.

M. A. Abrasy, L. J. Harris et N. Gray Hill. ***L'excrétion de vitamine C dans l'ostéomyélite*** (*The Lancet*, n° 5943, 24 Juillet 1937, p. 177-181). — L'ostéomyélite, comme d'ailleurs d'autres maladies infectieuses, détermine un fléchissement dans l'excrétion urinaire de la vitamine C. Ce phénomène semble indiquer un accroissement de l'utilisation de la vitamine pendant le processus infectieux. On est arrivé à doser d'une façon exacte la vitamine dans les urines ; en donnant des quantités modérées, 20 à 80 milligr. de vitamine C par jour, chez un sujet normal, la quantité excrétée est de 50 pour 100. Dans l'ostéomyélite cette quantité est moindre. En cas de guérison l'excrétion redevient normale, contrairement à ce que l'on observe dans le rhumatisme.

André Plichet.

M. A. Abrasy et Leslie J. Harris. ***L'excrétion de vitamine C dans la tuberculose pulmonaire et dans le rhumatisme articulaire*** (*The Lancet*, n° 5943, 24 Juillet 1937, p. 181-183). — Dans les formes graves de la tuberculose pulmonaire, il existe une diminution de l'excrétion de la vitamine C montrant que l'organisme essaie de retenir le plus possible de ce principe. L'excrétion journalière avec un régime contrôlé tombe à 1/3 des quantités absorbées. Il semble d'ailleurs exister une corrélation entre la gravité de la maladie et la diminution de l'excrétion urinaire de la vitamine C.

Au point de vue pratique, la vitamine doit donc être donnée en excès dans la tuberculose pulmonaire.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, on assiste également à une diminution. Ce phénomène est associé à une augmentation de la sédimentation des hématies.

Ces résultats confirment l'importance du facteur infectieux dans le rhumatisme et expliquent l'action du régime des végétaux crus dans la thérapeutique de cette maladie. Le dosage de la vitamine C peut indiquer, jusqu'à un certain point, le pronostic de cette infection.

André Plichet.

Leslie J. Harris, R. Passmore et W. Pagel. ***L'influence de l'infection sur la quantité de vitamine C contenue dans les tissus des animaux*** (*The Lancet*, n° 5943, 24 Juillet 1937, p. 183-186). — Les cobayes inoculés, soit avec le bactérium aertricke, soit avec la pasteurellose pseudotuberculeuse ou bien ayant reçu des injections de toxine diphtérique, présentent une diminution considérable de la quantité de vitamine C contenue dans les surrénales par comparaison avec des animaux témoins. Par contre, dans le foie de ces cobayes, la quantité de vitamine C reste la même, sauf dans les cas d'infection chronique.

Chez les cobayes rendus tuberculeux, il y a une diminution de la quantité de vitamine C contenue dans les surrénales et une chute de la concentration de la vitamine dans le foie.

André Plichet.

THE IRISH JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE
(Dublin)

W. P. O'Callaghan. ***Fièvre ondulante en Irlande*** (*The Irish Journal of Medical Science*, série 6, n° 139, Juillet 1937, p. 285-300). — La fièvre ondulante, autrefois limitée dans les régions méditérranéennes, semble se répandre de plus en plus loin et avoir une distribution mondiale. En Irlande, le premier cas signalé date de 1930 ; depuis chaque année, les cas décelés deviennent de plus en plus fréquents. La similitude entre le *Micrococcus melitensis* de la fièvre ondulante et l'agent pathogène de l'avortement contagieux épizotique a ouvert des horizons et a permis de dépister mieux cette affection. Le germe a été découvert dans le lait des crémeries, alors que l'on n'aurait pas cru l'y trouver.

L'étude de cette affection montre les bénéfices qui résultent d'investigations poursuivies minutieusement en clinique et au laboratoire en liaison avec les vétérinaires.

C. montre l'évolution des recherches de Bince et Evans sur ce sujet.

Robert Clément.

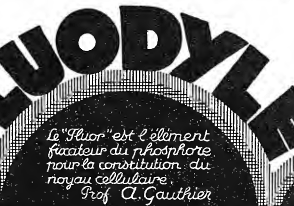
NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
(Amsterdam)

C. D. de Langen. ***La coïncidence de la maladie de Simmonds avec celle de Gee-Thaysen*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. 2, n° 25, 19 Juin 1937, p. 2896-2905). — Après avoir montré que dans la maladie de Simmonds et dans la sprue non tropicale ou maladie de Gee-Thaysen beaucoup de symptômes comme la stéatorrhée, l'atrophie des caractères sexuels secondaires, l'hypotension, l'hypoglycémie, une langue lisse et atrophique et l'achlorhydrie s'observent, L. donne deux observations dans lesquelles les deux maladies se trouvent réunies.

Dans l'une concernant une femme de 31 ans, on a constaté au début de la maladie des troubles importants de la résorption des graisses. Ces troubles disparurent peu à peu alors que les autres symptômes persistaient, constituant ainsi le tableau de la maladie de Simmonds. Dans une deuxième observation, il s'agit d'une femme de 42 ans chez laquelle une maladie de Simmonds apparut lentement avec des crises intermittentes de stéatorrhée pendant lesquelles on était tenté de faire le diagnostic de maladie de Gee-Thaysen.

Dans les deux cas, il s'agit d'un trouble de la résorption des graisses, phénomène qui a été également noté à diverses reprises dans la maladie de Basedow ou encore après administration de thyroïdine. En pareille circonstance, une accélération de la péristaltique du grêle est possible. On connaît également des diarrhées pancréatogènes survenant à la suite d'affections intestinales. Dans la maladie d'Addison, ce symptôme est également observé et récemment Verzar a établi des relations entre la résorption des graisses et les sécrétions endocriniennes. D'après cet auteur, les acides gras,


PHONODIOSE
LATOUR


FLUODYLE
Le "Fluor" est l'élément
fixateur du phosphore
pour la constitution du
noyau cellulaire.
Prof. A. Gauthier

une fois qu'ils se sont formés dans l'intestin aux dépens des graisses, pénètrent dans les cellules et donnent immédiatement lieu à une graisse normale, phénomène qui se produit par phosphorilysation grâce à l'intervention des phosphatides et qui permet à de nouveaux acides gras de pénétrer dans les cellules où la resynthèse chimique peut, par suite, se produire d'une façon continue. Ces phénomènes ne peuvent pas se produire en présence d'acide mono-iode-acétique. L'hormone de l'écorce des surrénales, par contre, permet de prévenir les effets de cet acide. Or, il existe des intermédiaires entre la sprue, la pellagre et la maladie d'Addison vraie. On doit avec Verzar conclure de ces faits, que la cortico-surrénale fabrique une hormone nécessaire pour réaliser la synthèse des graisses, c'est-à-dire pour permettre la résorption.

Il a d'ailleurs pu être constaté par L., chez une de ses malades, que l'administration de cortine favorisait la résorption. La coïncidence de la maladie de Gee-Thaysen et de la maladie de Simmonds ne peut pas être considérée comme le résultat du hasard, mais au contraire comme la conséquence d'un trouble dans la constitution hormonale, vraisemblablement en rapport avec le fonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse. D'ailleurs, la maladie de Gee-Thaysen s'accompagne de symptômes manifestement endocriniens, notamment d'acromégalie; de même dans la sprue indigène, on trouve une décalcification et une augmentation du diamètre des globules rouges (8 à 9 μ) qui ne s'observent pas dans la sprue tropicale. Ainsi, ces deux sprues doivent être considérées comme assez différentes.

P.-E. Morhardt.

J. M. Planteydt. ***Considérations sur la pathogénie du syndrome de Cushing*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, t. **3**, n° 27, 3 Juillet 1937, p. 3128-3134). — P. donne l'observation d'une femme de 43 ans qui a commencé, il y a trois ans, à grossir, à présenter de la rougeur des extrémités, de l'hirsutisme, de l'aménorrhée et à se plaindre de soif. A l'examen, on constatait des vergetures, une langue lisse avec de petites ulcérations, de la glycosurie, 4 millions et demi de globules rouges, de la coïlonychie, de l'achylie, une augmentation du métabolisme de base de 45 pour 100, mais pas d'ostéoporose, ensemble symptomatique qui imposait le diagnostic de syndrome de Cushing.

Ce syndrome peut avoir une origine extrasellaire et alors l'ostéoporose peut manquer, comme dans cette observation. D'ailleurs, si l'ostéoporose n'a pas été constatée au début de la maladie, elle existait peut-être à un moment ultérieur où la malade se plaignait de souffrir dans le dos et où il ne fut pas possible de pratiquer un examen aux rayons Rœntgen. D'autre part, l'hypertrophie du clitoris qui manquait chez la malade est un des caractères des tumeurs des surrénales. La polyglobulie, qui n existait pas chez la malade de L., malgré son teint particulier, n'a été constatée que deux fois sur les 11 cas décrits par Cushing et n'appartient par conséquent pas au syndrome.

Parmi les autres symptômes présentés par cette malade et qui ne figurent pas dans le syndrome de Cushing, on trouve l'achylie, la glossite et la coïlonychie. On est ainsi amené à se demander si cette triade n'a pas, elle aussi, une origine diencéphalique. En fait, on doit admettre l'existence dans le diencéphale d'un mécanisme régulateur de la sécrétion gastrique. En outre, l'achylie et la langue de Hunter ont été remarquées dans les cas d'affections de l'hypophyse et du diencéphale. Enfin, la malade de L. présentait des symptômes manifestement sous la dépendance du diencéphale: troubles du sommeil, des échanges hydriques et de la vie affective. Bien que la coïlonychie ne fasse généralement pas partie de ce syndrome, il y a lieu d'admettre qu'elle n'était pas fortuitement associée aux deux autres.

La malade fut traitée par irradiation aux rayons Rœntgen dans la région hypophysaire, puis par administration d'hormone folliculaire (menformon à raison de 5.000 unités par jour pendant 4 jours). Ce médicament paraît avoir aggravé les choses: la malade mourut peu après avec pétéchies, œdème, hypotension, etc.

P.-E. Morhardt.

ACTA DERMATOLOGICA
(Kioto)

Jiro Sano. ***Etude expérimentale du virus de la maladie de Nicolas et Favre*** (*Acta dermatologica*, t. 29, fasc. 1-2, Février 1937, p. 41-45). — La souris est un bon animal d'expérience; le virus y provoque une méningo-encéphalite caractéristique; par l'inoculation intracérébrale des émulsions préparées avec des ganglions lymphatiques de 8 malades atteints de lymphogranulomatose, S. a pu isoler 8 souches de virus chez la souris et transmettre le virus de cerveau à cerveau, dans plus de 10 passages. Le pouvoir pathogène du virus devient plus fort avec les passages successifs.

S. a retrouvé les *granulo-corpuscules de Miyagawa*, qu'il considère comme spécifiques.

Avec le virus de souris infectées, devenu très pathogène, S. a pu inoculer le cobaye, le lapin et le rat; il a pu déterminer une méningo-encéphalite par inoculation transcranienne et une kératite spécifique par inoculation du virus dans la chambre antérieure. Dans toutes les lésions, il a trouvé des granulo-corpuscules positifs. L'écureuil est également sensible au virus comme la souris.

Une neutralisation des lésions expérimentales a pu être obtenue par l'inoculation transcranienne chez la souris et intradermique chez le cobaye de sérums de malades ou d'animaux infectés; l'action virulicide de ces sérums est nette.

R. Burnier.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

X. Lewkowicz. ***L'érythème noueux, prototype de tuberculose à évolution complète, aiguë et bénigne*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. **16**, n° 23, 6 Juin 1937, p. 427-431). — A la suite d'une minutieuse étude anatomo-pathologique de 6 cas d'érythème noueux observés dans son service, le Prof. L. conclut que l'évolution clinique de l'érythème noueux prouve qu'au cours de cette manifestation pathologique se développent parallèlement une extrême sensibilisation de l'organisme et un haut pouvoir d'immunisation. Cet état allergique est accompagné d'un accroissement très prononcé de la sédimentation des globules rouges. On peut admettre que cette modification biologique de l'organisme se produit au début de chaque processus tuberculeux ayant des caractères de bénignité clinique, de sorte que ces formes de tuberculose devraient être considérées comme des variétés d'érythème noueux résiduel.

L'immunisation, réalisée au début des processus tuberculeux, explique les fréquentes cicatrisations des lésions primitives, la disparition des manifestations infectieuses de même origine, ainsi que l'évolution favorable des infiltrations pulmonaires tuberculeuses qui accompagnent si souvent l'érythème noueux.

L. se range à l'opinion des auteurs qui affirment que les manifestations cutanées de l'érythème noueux sont de nature bacillaire. Les recherches microscopiques, dont L. fournit de nombreuses reproductions dans son travail, prouvent que l'immunisation, élaborée dans les processus biologiques, est appuyée localement par les traces évidentes de la destruction bacillaire dans les foyers érythémateux. On trouve les bacilles à divers stades de désagrégation à l'intérieur des diverses cellules dont L. rapporte les détails descriptifs. Les cellules géantes du type Langhans ne renferment ni bacilles ni débris bacillaires. Les cellules géantes se rapprochant du type Langhans se distinguent par la particularité qu'elles contiennent des leucocytes portant les traces d'altérations dues aux ferments protéolytiques. Certaines cellules multinucléaires ont leurs noyaux et le protoplasma très densifiés. Les caractères de certaines cellules conjonctives et des cellules géantes résultent incontestablement du processus de sensibilisation tuberculeuse et d'immunisation extrêmement active et de la rapide destruction bacillaire s'effectuant simultanément. Les changements principaux et les plus caractéristiques se localisent dans les tissus souscutanés ou dans les tractus conjonctifs séparant les amas des cellules adipeuses ou séparant ces cellules mêmes entre elles. Certaines figures, vues par L., illustrent la localisation des lésions dans la paroi et dans la lumière de petites artérioles et témoignent de l'existence de petites thromboses artérielles.

Fribourg-Blanc.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

S. Endelman et **I. Pines.** ***Tachycardie paroxystique pendant la gestation et l'accouchement*** (*Warszawskie czasopismo lekarskie*, t. **14**, n° 9, 4 Mars 1937, p. 161-166 et n° 10, 11 Mars 1937, p. 183-186). — E. et P. rapportent les détails de 3 cas de tachycardie paroxystique au cours de la grossesse, dont un avec déformation de l'électrocardiogramme donnant l'image de blocage fonctionnel de la branche type Wolff, Parkinson et White. L'électrocardiogramme a permis de constater, dans un cas, l'existence de la fibrillation auriculaire. Les recherches expérimentales et cliniques prouvent que la tachycardie résulte du déséquilibre fonctionnel des glandes endocrines. On pourrait donc s'attendre à rencontrer la tachycardie paroxystique plus souvent au cours de la grossesse. Au point de vue du pronostic, E. et P. préconisent l'interruption immédiate de la grossesse dans les cas de tachycardie paroxystique avec lésions de péri- myo- ou endocardite. Ils conseillent de traiter avec prudence la tachycardie d'origine ventriculaire qui peut se terminer facilement par la fibrillation ventriculaire mortelle. Quant au blocage fonctionnel de la branche du type Wolff, Parkinson et White, les désordres du système conducteur n'imposent pas d'une façon absolue l'avortement thérapeutique. E. et P. préconisent comme traitement préventif le gynergène et la quinine; au cours des crises, l'ouabaïne et la compression du plexus cervical. L'anesthésie pendant l'accouchement doit être faite au chlorure d'éthyle.

Fribourg-Blanc.

MEDYCYNA
(Varsovie)

R. Michalowski. ***Existe-t-il un tissu hématopoïétique dans le pancréas embryonnaire?*** (*Medycyna*, n° 10, 21 Mai 1937, p. 351-353). — M. poursuit l'étude du rôle du pancréas embryonnaire des mammifères dans l'hématopoïèse. Il effectue ses recherches sur les embryons des porcs à des périodes différentes du développement. Ces multiples expériences prouvent que les cellules sombres de Laguesse, auxquelles Aron attribuait le pouvoir de se transformer en érythrocytes, n'ont pas donné de réaction à l'hémoglobine. Donc le phénomène de synthèse spontanée de l'hémoglobine ne s'y accomplissant pas, ces cellules ne participent pas au processus hématopoïétique de l'organisme en évolution.

Fribourg-Blanc.



CHLORO-CALCION